



PG PAULA FRASSINETTI
PÓS GRADUAÇÃO
EDUCAÇÃO ESPECIAL
DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

Contributo da aplicação precoce dos modelos de intervenção na promoção da aprendizagem de uma criança com PHDA no 2º ciclo

Angélica Paula de Sousa Baldaia

Porto, 2012



PG PAULA FRASSINETTI
PÓS GRADUAÇÃO
EDUCAÇÃO ESPECIAL
DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

Contributo da aplicação precoce dos modelos de intervenção na promoção da aprendizagem de uma criança com PHDA no 2º ciclo

Angélica Paula de Sousa Baldaia

Orientador: Professora Doutora Isabel Cunha

Trabalho realizado para a
disciplina de Seminário de Projeto

Porto, 2012



AGRADECIMENTOS

A realização deste Projeto de Investigação foi possível graças à disponibilidade de todas as pessoas que contribuíram para a sua concretização. A todas, os meus agradecimentos.

À minha orientadora, Doutora Isabel Cunha, pela sua disponibilidade, exigência e rigor na realização deste projeto.

À minha família, pelo incentivo.

Ao Pedro, pelo companheirismo nas nossas caminhadas académicas.



RESUMO

Este projeto de investigação permitirá compreender o contributo da aplicação precoce dos modelos de intervenção na promoção e desenvolvimento da aprendizagem de uma criança com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) no 2º ciclo.

Num primeiro momento, será feito um enquadramento teórico, abordando o conceito e a etiologia da PHDA, o seu diagnóstico, os problemas associados, assim como a contextualização no quadro familiar e escolar, quer ao nível da aprendizagem quer ao nível da interação entre pares. Será feita a abordagem aos modelos de intervenção farmacológica e cognitivo-comportamental e a sua pertinência no tratamento de crianças com PHDA.

Na segunda parte do trabalho, correspondente à componente empírica, serão apresentadas as escalas de avaliação de PHDA preenchidas por pais e professores, relativamente à identificação de características específicas desta perturbação, e o teste sociométrico preenchido pelos colegas da turma com o intuito de aferirmos qual a posição social que a criança ocupa na mesma.

A análise dos dados permitir-nos-á constatar que a aluna apresenta as características específicas de PHDA em todos os contextos, contudo é em casa que ela mais as evidencia. Na escola, os seus comportamentos não se revelam nefastos na sua aprendizagem, pois apresenta um rendimento académico satisfatório. No que respeita a interação entre os seus colegas de turma, poderemos verificar que, no cômputo geral, estes têm preferência por M., não se verificando casos de conflitos grupais entre eles.

Poderemos constatar que o diagnóstico precoce de PHDA nesta criança e as intervenções farmacológica e cognitivo-comportamental com acompanhamento psicológico, terapias individuais e de grupo, na instituição Fio de Ariana, poderão ter contribuído na promoção e desenvolvimento da aprendizagem e relação social desta criança.

Palavras-chave: PHDA, Modelos de Intervenção e Promoção e Desenvolvimento da Aprendizagem



ÍNDICE GERAL

Índice de Quadros

Índice de Gráficos

Introdução	9
PARTE I – PARTE TEÓRICA	11
1- Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção	12
1.1 – Conceito	12
1.2 – Etiologia	15
1.2.1 – Hereditariedade	16
1.2.2 – Fatores Ambientais	17
1.3 - A criança com PHDA e o seu Diagnóstico	18
1.3.1 - Atenção	21
1.3.2 - Hiperatividade	22
1.3.3 - Impulsividade	22
1.4 - A criança com PHDA e problemas associados	23
1.4.1 - Comportamento	23
1.4.2- Relação com os pares	24
1.4.3 - Problemas médicos	25
1.5 - A Criança com PHDA no contexto familiar	27
1.6 – A criança com PHDA no contexto escolar	28
2- Modelos de Intervenção	30
2.1- Intervenção Farmacológica	30
2.2 - Intervenção Cognitivo-Comportamental	31
3 – Aprendizagem	35
3.1 – Conceito	35
3.2 – A PHDA e as dificuldades de aprendizagem	36
PARTE II – PARTE PRÁTICA	39
1 – Definição do objeto de estudo	40
2 – Procedimentos metodológicos	41



3 - Caracterização do Meio Envolverte	43
3.1 - O Meio Envolverte	43
3.2 - A Escola	44
3.3 - A Turma	46
3.4 - A Criança M	46
PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
1 - Escala de Avaliação de PHDA - pais e professores	49
1.1 – Apresentação dos resultados (pais)	49
1.2 – Apresentação dos resultados (professores)	51
2 – Teste Sociométrico	62
2.1 – Apresentação dos resultados	62
3 - Discussão dos resultados	66
4 – Intervenção	68
4.1 – Em casa	68
4.2 - Na escola	69
5 - Considerações Finais	70
Bibliografia	72
Anexos	75



ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Subtipos de PHDA	14
Quadro 2 – Critérios de diagnóstico de PHDA	20
Quadro 3 – Reação de Oposição/Provocação	24
Quadro 4 – Percentagem de crianças hiperativas e grupo-controle apresentando problemas médicos	26
Quadro 5 – Exemplo de um sistema de fichas caseiro	33



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Características específicas de PHDA em casa	50
Gráfico 2 - Não presta atenção a detalhes ou comete erros, por descuido, nos trabalhos escolares	51
Gráfico 3 - Mexe, continuamente, as mãos ou os pés quando está sentada	52
Gráfico 4 - Tem dificuldade em manter a atenção em atividades lúdicas	52
Gráfico 5 - Não fica no lugar da sala de aula ou noutras situações em que é esperado que o faça	53
Gráfico 6 - Parece que não ouve quando se lhe fala diretamente	53
Gráfico 7 - Corre e trepa para as coisas em situações em que tal não é esperado	54
Gráfico 8 - Não segue instruções nem consegue acabar os trabalhos	54
Gráfico 9 - Tem dificuldades em se envolver em atividades de forma sossegada	55
Gráfico10 - Tem dificuldades em organizar atividades	55
Gráfico 11 - Está sempre a “partir para outra” ou age como se tivesse um “motor interno”	56
Gráfico 12 - Evita tarefas que exigem um esforço mental prolongado	56
Gráfico 13 - Fala de mais	57
Gráfico 14 - Perde coisas necessárias para as suas atividades académicas	57
Gráfico 15 - Responde, precipitadamente, antes de ouvir as perguntas até ao fim	58
Gráfico16 - Distrai-se facilmente	58
Gráfico 17 - Tem dificuldades em esperar pela sua vez	59
Gráfico 18 - É esquecida nas suas atividades diárias	59
Gráfico 19 - Interrompe ou intromete-se sem autorização	60
Gráfico 20 – Preferência dos alunos da turma pelos colegas.....	63
Gráfico 21 - Preferências de M.	64
Gráfico 22 - Preferências a M., preferências mútuas e escolhas de M. não correspondidas	64
Gráfico 23 - Rejeições de M.	65
Gráfico 24 - Rejeições a M. e rejeições mútuas	65



Introdução

Este trabalho foi realizado no âmbito da disciplina de Seminário de Projeto inserida na Pós-Graduação em Educação Especial — Domínio Cognitivo e Motor, no ano letivo de 2011/2012, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Cunha.

O tema incide, essencialmente, em perceber as características específicas de PHDA, os modelos de intervenção e o seu relacionamento com a promoção da aprendizagem em alunos do 2º ciclo do Ensino Básico.

A Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) constitui a temática-alvo em análise, cujos contornos mais específicos remetem para o contributo dos modelos de intervenção na promoção e desenvolvimento da aprendizagem. Deste modo, o problema em estudo permite-nos formular uma questão primordial:

— *Quais os contributos da aplicação precoce dos modelos de intervenção na promoção da aprendizagem em alunos com PHDA no 2º ciclo?*

Segundo alguns autores, a Hiperatividade manifesta-se, geralmente, entre os 2 e os 6 anos de idade (Safer & Allen, 1979; Serrano, 1990; Taylor, 1991; in García, 2001), sendo no 1º ciclo que esta perturbação mais se evidencia, sendo extensiva às diferentes áreas curriculares. A PHDA é uma perturbação que se manifesta em qualquer contexto, sendo que é na escola que os comportamentos característicos desta patologia mais se evidenciam, resultando, muitas vezes, em problemas de aprendizagem e em conflitos entre pares, uma vez que a escola é um espaço privilegiado de convívio e partilha. Por esta razão, será importante perceber a importância de uma identificação e diagnóstico precoce para se proceder a uma atuação atempada e assertiva, no sentido de tentar minorar as consequências resultantes da falta de controlo da impulsividade, hiperatividade e falta de atenção que são características específicas de PHDA.

O défice de atenção, associado a esta patologia, reflete-se num desempenho académico negativo por parte da criança, por revelar dificuldades de aprendizagem.

A passagem para o 2.º ciclo torna-se mais difícil, uma vez que a criança estabelece um contacto com uma realidade diferente da escola de proveniência, uma vez que os professores das diferentes disciplinas adquirem métodos e técnicas de trabalho



distintas. A maioria dos professores envida esforços no sentido de fazer com que a criança acompanhe os conteúdos trabalhados nas aulas. Contudo, esse esforço não produz efeito e os resultados são negativos, considerando que são os alunos que não fazem um esforço para aprender. Neste sentido, há a necessidade de tomar consciência de quais são os problemas reais da criança e tentar perceber quais as características inerentes a todo um processo patológico que interfere, direta e manifestamente, na aprendizagem. É necessário perceber que o acompanhamento destas crianças de forma diferenciada, tendo em conta as intervenções farmacológica e cognitivo-comportamental, é primordial para a promoção e desenvolvimento da aprendizagem das crianças com PHDA.

Deste modo, foram delineados os seguintes objetivos deste trabalho:

- Adquirir o conceito de PHDA e características associadas;
- Conhecer a relação existente entre a PHDA e os Problemas de Aprendizagem;
- Conhecer o contributo da aplicação precoce dos modelos farmacológico e cognitivo-comportamental na promoção da aprendizagem dos alunos do 2º ciclo.

Após a definição do problema do estudo em questão, com o intuito de que os professores adquiram um conhecimento aprofundado sobre a temática, de forma a ajustar as estratégias de trabalho às dificuldades manifestadas por estes alunos, julgamos necessário debruçar-nos num estudo de caso para podermos perceber qual o impacto da PHDA na vida familiar, escolar e social destas crianças.

Sustentando-nos na teoria de que a maioria das crianças com PHDA apresenta dificuldades de aprendizagem, devido à dificuldade em controlar a sua atenção na realização das atividades escolares e mantê-la quando é necessário, associada a uma incessante inquietação motora que não favorecem a aprendizagem (Falardeau, 1997), torna-se importante fazer emergir o contributo dos modelos farmacológico e cognitivo-comportamental na aprendizagem das crianças com PHDA, aliado a uma intervenção diferenciada, considerando as inerências desta perturbação em contexto sala de aula.



PARTE I

Parte Teórica



1 – PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

1.1 – Conceito

A Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA) não é uma perturbação recente, pois foi descrita, pela primeira vez, em 1902, pelo cientista George Still ao fazer a descrição de um conjunto de sintomas de comorbilidade muito idênticos aos sintomas elementares da PHDA, tais como a “agressividade”, “resistência à disciplina” e “problemas sérios de atenção”. A PHDA é um dos mais estudados e controversos distúrbios de desenvolvimento da Infância e da adolescência (Shaywitz e Shaywitz, in Lopes, 2003). O estudo da hiperatividade infantil origina uma abundância de termos que existem para a referir. Estamos perante uma possibilidade de designações distintas, como conduta hiperativa, síndrome hipercinética, perturbação por déficit de atenção, entre outras. (García, 2001). Esta perturbação manifesta um impacto significativo na vida escolar, familiar e social de crianças e jovens. É uma perturbação no autocontrolo que assenta em dificuldades relacionadas com os períodos de atenção, controlo da impulsividade e o nível da atividade. Estes problemas resultam na falta de vontade manifestada pela criança e na dificuldade que denota no controlo do seu próprio comportamento (Barkley, 2002). As condutas hiperativas resultam de um contexto situacional, ou seja, são comportamentos manifestados em situações específicas, manifestando-se quando estão reunidas determinadas condições. Estas atitudes resultam em dificuldades de aprendizagem que podem comprometer, seriamente, o rendimento escolar destas crianças (García, 2001).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a característica essencial desta perturbação é a presença persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade. Esta situação manifesta-se em situações escolares e sociais, em que os indivíduos não prestam atenção suficiente aos pormenores e cometem erros nas tarefas, por descuido. Os trabalhos que realizam são desorganizados, descuidados, tendo dificuldade em terminar as tarefas, podendo deteorar os objetos que estão a utilizar. Estas crianças



facilmente interrompem o que estão a fazer, sendo atraídas por estímulos irrelevantes, até mesmo por pequenos ruídos ou situações que são ignoradas pelos próprios colegas.

A PHDA é um dos distúrbios mais comuns na infância e afeta cerca 3 a 5% das crianças em idade escolar, sendo consideradas crianças inquietas, impacientes, impulsivas, não tendo objetivos ou finalidades concretas (García, 2001). Até 80% das crianças com PHDA continuarão a ter a doença na adolescência e entre 30% e 65% apresentá-la-ão na vida adulta, dependendo do grau de transtorno e de cada caso em particular (Barkley, 2002). Além dos problemas de hiperatividade, impulsividade, desatenção ou dificuldades em controlar o comportamento, atendendo às suas consequências, a criança com PHDA apresenta um conjunto de problemas associados.

A Hiperatividade Infantil já foi denominada como uma “disfunção cerebral menor”, “lesão cerebral mínima”, “disfunção cerebral mínima”, “síndrome da criança hiperativa”, “reação hipercinética da infância” e “síndrome hipercinético”. Atualmente, os estudos realizados apontam para uma perturbação principal designada “défice de atenção” e não “excesso de atividade motora”, pois a primeira persiste e a segunda desaparece com o tempo. Daí a designação de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.

A publicação do DSM-III (APA, 1980) introduziu uma nova conceitualização da PHDA, minorando os problemas de atividade motora excessivos, em relação aos problemas de atenção e impulsividade, criando três subtipos: (i) “Distúrbio de Défice de Atenção com Hiperatividade”, (ii) “Distúrbio de Défice de Atenção sem Hiperatividade”, com a possível ausência de atividade motora excessiva; (iii) “Distúrbio de Défice de Atenção”, de tipo “residual” com pouca consistência conceitual. Ao longo da década de 80, assistiu-se à denominação de crianças com “Distúrbio de Défice de Atenção” sem hiperatividade, como sendo mais distraídas, hipoativas, letárgicas, manifestando insucesso escolar, contudo, menos agressivas e com mais aceitação por parte dos pares (Lopes, 2003).

Por outro lado, a publicação do DSM-III-R (APA, 1987) apresenta uma revisão dos critérios de diagnóstico com a alteração da designação para “Distúrbio Hiperativo e de Défice de Atenção-Hiperatividade” (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). Aqui, os sintomas aparecem apresentados numa só lista, suprimindo-se os agrupamentos de sintomas referentes à “desatenção”, “impulsividade” e “hiperatividade”. Ao mesmo



tempo, verifica-se a importância de se considerar que os sintomas serão inapropriados para a idade, bem como a existência da comorbilidade com a afetividade.

O DSM-IV-TR (APA, 2002) vem, novamente, subdividir a lista de sintomas, agrupando-os em sintomas de “hiperatividade-impulsividade” e “desatenção”, realçando a necessidade para a realização do despiste em ambientes estruturados, de preferência na sala de aula, sendo os professores os observadores privilegiados de manifestações de PHDA. Durante a observação, é necessário verificar que, embora se manifeste a desatenção, a impulsividade e a atividade motora excessiva assumem a essência do problema. A par do contexto escolar, o ambiente familiar também se torna importante para a observação da presença destes sintomas.

Apesar de muitos sujeitos revelarem sintomas de falta de atenção como hiperatividade-impulsividade, há aqueles nos quais um destes padrões é predominante. Para se aferir qual o subtipo adequado, este deve ser indicado em função do padrão sintomático predominante nos últimos 6 meses. Segundo o DSM-IV-TR (2002), existem três **subtipos** de PHDA:

SUBTIPOS

- **Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto.**

Este subtipo deverá ser usado se 6 (ou mais) sintomas de falta de atenção e 6 (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem pelo menos durante 6 meses. Muitas crianças e adolescentes estão incluídos no tipo misto.

- **Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento.**

Este subtipo deverá ser usado se 6 (ou mais) sintomas de falta de atenção (mas menos do que 6 sintomas de hiperatividades-impulsividade) persistirem durante pelo menos 6 meses. A hiperatividade pode ainda ser uma característica clínica significativa em muitos destes casos, enquanto noutros casos são simples faltas de atenção.

- **Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo.**

Este subtipo deverá ser usado se 6 (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de 6 sintomas de falta de atenção) persistirem pelo menos 6 meses. Em tais casos, a falta de atenção pode muitas vezes ser uma característica clínica significativa.

Quadro 1 – Subtipos de PHDA - Diretrizes do DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders



1.2 – Etiologia

Para alguns especialistas a hiperatividade é uma síndrome que tem, provavelmente, uma origem biológica relacionada com alterações cerebrais, resultantes de fatores hereditários ou consequentes lesões. Porém, para outros é um modelo de conduta persistente em situações específicas, associado a contextos ambientais nocivos (García, 2001).

Os progressos na metodologia da investigação, que incidiram no estudo da etiologia da PHDA, demonstram que, apesar das diversas etiologias propostas para esta perturbação, aquela que tem vindo a impor-se está relacionada com a existência de uma origem biológica. O estudo das causas e das suas influências no cérebro tem alcançado um grande avanço desde a metade dos anos 80. Contudo, os estudos científicos não poderão comprovar, absolutamente, estas causas (Barkley, 2002). Apesar dos estudos referentes à presença de lesões cerebrais, não é possível comprovar a sua incidência nos comportamentos do sujeito hiperativo. Para Lopes (2003) as causas desta perturbação, reconhecidas por toda a comunidade científica, têm mais a ver com fatores endógenos do próprio indivíduo do que com fatores relativos ao meio. A PHDA parece resultar, manifestamente, de anormalidades do desenvolvimento do cérebro, resultantes de fatores hereditários do que de fatores ambientais (Barkley, 2000, in Lopes, 2003), desempenhando estes um papel potenciador ou moderador dos sintomas inerentes à PHDA, não estando, contudo, diretamente na base da sua origem.

Durante muitos anos, suspeitava-se que aquilo que denominamos hoje por PHDA era causado por alguma lesão cerebral. Percebeu-se que havia semelhanças acentuadas no comportamento de crianças com PHDA e pessoas que sofreram lesões na região fronto-orbital do cérebro, sendo esta a responsável pela inibição do comportamento, pela manutenção da atenção, ativação do autocontrolo e pela programação do futuro (Barkley, 2002). Relatos constantes em pesquisas de neurologia e neurofisiologia referem a presença de lesões na parte frontal do cérebro resultantes de traumas, tumores cerebrais, derrames, doenças ou outras lesões. Por outro lado, há mais de 20 anos que os cientistas concluíram que a maioria dos casos de PHDA não apresentava história de lesões cerebrais. Apenas entre 5% a 10% dos casos desenvolveram esta perturbação. Porém, as crianças com PHDA são propensas a apresentar mais complicações na



gravidez ou no nascimento do que crianças sem esta perturbação, mas esta situação não comprova que essas complicações resultem em danos cerebrais. (Barkley, 2002).

Segundo Lopes (2003), as crianças com PHDA apresentam um déficit ao nível dos neurotransmissores, especificamente a dopamina. Supõe-se, por um lado, que o consumo de estimulantes reduzem, consideravelmente, a agitação e a desinibição comportamental, por outro lado, o resultado de estudos revelam o aumento de disponibilidade da dopamina, após a administração de estimulantes. Conclui-se, portanto, que existe uma deficiência no mecanismo da dopamina no cérebro das crianças com PHDA, apesar das incertezas subjacentes. Outros estudos apontam para uma atividade diminuída na área pré-frontal do córtex, constatada ao nível da atividade elétrica do cérebro e ao nível do fluxo sanguíneo com características associadas, consideradas importantes na inibição comportamental e na manutenção da atenção. Apesar das diversas teorias em que assentam os diversos estudos, ainda não é pertinente falar de fatores causais mas sim de fatores de risco ou fatores associados.

1.2.1 - Hereditariedade

Inúmeros estudos recentes confirmam que, pelo menos, dois genes podem estar relacionados com a PHDA. Um deles, o D4RD está relacionado com a dimensão da personalidade, conhecido como “*buscador de novidades*”, exibindo um comportamento direcionado para a busca de novas sensações, correndo riscos, através da impulsividade e inquietação. O segundo gene, o DAT1, auxilia a regulação da atividade da dopamina no cérebro, pela influência sobre a rapidez com que esta é removida da sinapse (conexão entre os neurónios) (Barkley, 2002). Outros estudos referem que os parentes biológicos das crianças com PHDA apresentam, tendencialmente, mais problemas dos que os parentes de crianças normais, fazendo referência a problemas de alcoolismo, problemas de conduta, hiperatividade e depressão. 35% dos pais e 17% das mães de crianças hiperativas foram, também eles, hiperativos durante a infância. No âmbito da fratria, a percentagem de incidência é de 40% para os irmãos e de 10% para as irmãs. Estudos realizados com gémeos revelam valores na ordem dos 32% para gémeos dizigóticos e 79% para gémeos monozigóticos. “*Tanto os estudos familiares como os dos gémeos sugerem que a hiperatividade infantil é determinada por fatores genéticos*”



(García, 2001:34). Foi, então, na década de 90, que os estudos realizados permitiram concluir que a hereditariedade será responsável por 50% a 97% das características da PHDA. É inequívoco o papel da hereditariedade na PHDA, porém, será importante referir que não haverá só um ou dois genes responsáveis por este processo pois, eventualmente, haverá vários (Lopes, 2003).

1.2.2 – Fatores Ambientais

Muitos especialistas apontam para a possibilidade de a hiperatividade ser condicionada por fatores ambientais, como a presença de chumbo no ambiente e o consumo de substâncias no decurso da gravidez. Inúmeros estudos indicam que a ingestão de álcool e o consumo do tabaco durante a gravidez aumentam o risco de hiperatividade nas crianças (Lopes, 2003). *“O alcoolismo materno é, segundo alguns especialistas, uma das causas que predis põem para a hiperatividade. Assim, Gold e Sherry (1984) indicam que o abuso de álcool durante a gravidez é responsável por défice de atenção, problemas de aprendizagem, perturbações do comportamento e atraso psicomotor.”* (García, 2001:31). A presença de chumbo em crianças muito pequenas aumenta o risco de aparecimento de sintomas de hiperatividade, principalmente se essa exposição tiver ocorrido entre os 12 e os 36 meses (Barkley, 2002). As quantidades de chumbo acumuladas no corpo humano, durante muito tempo, podem ter efeitos no comportamento e no rendimento dos indivíduos. Contudo, não existem provas fiáveis que confirmem a relação causal entre a hiperatividade e a exposição ao chumbo (García, 2001).



1.3 - A criança com PHDA e o seu diagnóstico

Na avaliação da criança hiperativa intervêm vários profissionais que realizam exames neurológicos e pediátricos, aos quais se acrescentam avaliações de conduta infantil em casa e na escola.

A entrevista de diagnóstico é fundamental para o despiste da PHDA. Lopes (2003) sugere a entrevista como um conjunto de questões colocado à criança, aos pais e professores. Na entrevista com a criança é importante que esta saiba por que motivo está ali e considerar-se que o comportamento da criança no gabinete não representa o seu comportamento no quotidiano. O especialista coloca à criança questões sobre a escola, os seus interesses, ocupação dos tempos livres, a relação com os amigos e adultos, sobre a forma como organiza o material escolar e tarefas, forma como lida com os horários, entre outros aspetos. Pelo facto de ser uma situação nova, estas crianças poderão manifestar um comportamento colaborativo e adequado. Deve ter-se em consideração a idade da criança, pois as mais novas poderão manifestar problemas mais evidenciados do que as crianças mais velhas. Se a criança tiver menos de 10 anos é natural que apresente dificuldades em expressar-se sobre o problema e mesmo tendo mais de 10-12 anos será provável que não exponha o seu comportamento por ter já consciência do mesmo. Assim, é natural que a criança se defenda das acusações de que é alvo, atribuindo as culpas a outros.

Na entrevista com os pais, estes começam por expor os motivos da consulta que passam, muitas vezes, pela procura de ajuda. É comum que os pais apresentem um conjunto de queixas relativamente ao comportamento inadequado da criança, pelo que será questionável a presença desta no momento da consulta. O especialista deverá ouvir os pais, tentando aproximar-se de aspetos considerados fulcrais para a realização do diagnóstico.

Segundo Lopes (2003), a entrevista com os pais permite a recolha de informação fidedigna em relação ao comportamento da criança, podendo avaliar a forma como a família lida com o problema; possibilita a exposição de sentimentos como a infelicidade e a insatisfação perante a situação, permitindo recomendações de intervenção

A entrevista com o professor é consideravelmente importante, sendo essencial que se estabeleça um diálogo entre o psicólogo e o professor de forma a aferir o modo



de atuação em relação à problemática da criança. É importante que o(a) professor(a) se manifeste quanto aos aspetos comportamentais e académicos do(a) aluno(a) e à forma como lida com os mesmos. Será, igualmente, oportuno saber que conhecimentos ou informações que o(a) professor(a) tem sobre a PHDA, assim como o grau de motivação no sentido de colaborar na alteração da situação.

Os sintomas normalmente apresentados como “definidores” da hiperatividade apresentam variações constantes com a idade, sendo mais visíveis no decurso da infância, antes dos sete anos de idade. Nos Estados Unidos da América, a maioria dos clínicos baseia-se nos critérios definidos pela Associação Americana de Psiquiatria para estabelecer um diagnóstico de hiperatividade. Esses critérios foram publicados em 1994, na quarta edição do livro *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV)* (quadro 2). Para que um dos dezoito sintomas elencados seja considerado, é necessário que se manifeste, consideravelmente, em relação à maioria das crianças com a mesma idade mental. Para que o diagnóstico seja estabelecido não é obrigatório que a criança apresente os sintomas em todas as suas atividades. Na maior partes dos casos é na escola, durante os exercícios escolares, que a criança manifesta o maior número de sintomas, sendo, assim, essencial uma avaliação em ambiente escolar (Falardeau, 1997:44).



A. Ou (1) ou (2)

1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento mental:

Desatenção

(a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;

(b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;

(c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;

(d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);

(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;

(f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);

(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;

(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade

(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira

(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado

(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)

(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer

(e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"

(f) frequentemente fala em demasia

Impulsividade:

(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas

(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez

(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Quadro 2 - Critérios de diagnóstico de PHDA: diretrizes do DSM-IV-TR (2002) - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders



1.3.1 – Atenção

As crianças com PHDA apresentam níveis elevados de desatenção, comparativamente a outras crianças da mesma idade. *“A primeira característica da hiperatividade, provavelmente, a mais importante, consiste na dificuldade sentida pela criança em controlar a sua atenção na altura em que tem uma tarefa a desempenhar e, portanto, manter-se atenta quando a situação o exige.”* (Falardeau, 1997:21). Este problema pode estar relacionado com o estado de alerta, a atenção, seletividade, a capacidade da manutenção de atenção, o grau de distração ou o nível de apreensão (Hale & Lewis, 1979, in Lopes, 2003). Esta patologia acentua-se perante tarefas que exigem um estado de vigilância ou manutenção prolongada da atenção (Douglas, 1983, in Lopes, 2003) e manifesta-se em qualquer tipo de atividade em que a criança esteja envolvida, mesmo na atividades lúdicas, contudo agravam-se naquelas em que exigem um nível de atenção mais elevado, de caráter repetitivo, prolongado e aborrecido. As crianças com PHDA têm dificuldades em fixar a sua atenção nas tarefas por mais tempo, em relação às outras crianças, apesar de fazerem um esforço para manterem a atenção em atividades mais longas, especialmente as mais repetitivas e tediosas. *“Parece incapaz de se concentrar o tempo suficiente quando a tarefa é um pouco longa, especialmente quando é monótona.”* (Falardeau, 1997:21). Embora estas crianças tenham um período de atenção mais curto, a capacidade de a manter em alguma tarefa por longos períodos de tempo é a parte mais difícil (Barkley, 2002). A diminuição do grau de atenção pode estar relacionada com a falta de atração que a tarefa pode representar ou não parecer produzir recompensa visível e imediata para o sujeito. Por vezes, assistimos a queixas de pais e professores que remetem para o facto de parecer que a criança não ouve o que lhe é dito, que se esquece das instruções que lhe são dadas, parece que anda sempre “na lua”, parece não fazer ideia do que lhe fora dito há minutos atrás... Ainda que estas queixas estejam relacionadas com problemas de concentração e atenção, tudo indica que esta situação se refere mais à dificuldade em gerir o tempo, do que à incapacidade para ouvir ou de processar, corretamente, a informação (Lopes, 2003:71). As crianças hiperativas demoram mais tempo a retomar a tarefa que desempenhavam, no momento que foram aliciadas por um estímulo, bem como apresentam uma elevada probabilidade de passarem de um estímulo distrator para



outro, acabando por se esquecer da tarefa que, inicialmente, estava a fazer. A vontade da criança é, facilmente, subjugada pela incapacidade de inibir comportamentos inadequados, estando perante um problema de “não poder”, do que, propriamente, de “não querer” (Lopes, 2003:72).

Para que se possa falar de falta de atenção, segundo o DSM-IV, têm de existir, pelo menos, três dos sintomas seguintes: *i)* Distrai-se facilmente; *ii)* Tem dificuldades em concentrar-se no trabalho escolar ou nas tarefas que exigem muita atenção; *iii)* É frequente não acabar as coisas que começa; *iv)* É frequente não escutar o que se diz.

1.3.2 – Hiperatividade

A hiperatividade é uma diminuição ou ausência de controlo na criança (Falardeau, 1997). As crianças com PHDA apresentam níveis de atividade superior à média. A hiperatividade pode manifestar-se pela irrequietude ou pelo movimento incessante, mesmo quando estão sentadas. Correm e saltam excessivamente, mesmo em situações em que não era suposto fazê-lo, manifestando formas de atuar como se estivessem “ligadas a um motor”. A conduta destas crianças é caótica, inquieta, não focalizada em objetivos ou finalidades e com falta de persistência. Trata-se de crianças desordenadas, descuidadas, mudando, constantemente, de tarefa, tendo dificuldades em permanecer quietas e sentadas (García, 2001).

Para que se possa falar de hiperatividade numa criança, segundo o DSM-IV TR (2002), tem de se verificar, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: *i)* Está sempre em ação ou atua como se fosse movido por um motor; *ii)* Corre agitadamente de um lado para o outro, sobe aos móveis; *iii)* Custa-lhe estar sentado; *iv)* Tem muita dificuldade em estar quieto num lugar e mexe-se excessivamente; *v)* Mexe-se muito enquanto dorme.

1.3.3 – Impulsividade

“A dificuldade em controlar a sua impulsividade constitui o segundo grande problema das crianças hiperativas.” (Falardeau, 1997:23). A capacidade de inibição do



comportamento das crianças com PHDA ou do controle dos impulsos está, manifestamente, diminuída, sendo por este motivo que as crianças apresentam grandes dificuldades em conter as suas respostas, face a determinada situação, e em pensar antes de agir. Fazem comentários inoportunos e interrompem a sequência do discurso dos outros, dando respostas de forma impulsiva, sem controlo emocional (Barkley, 2002). A impulsividade pode ser definida como um fracasso na inibição de comportamentos (Lopes, 2003). De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), a impulsividade reflete-se na impaciência, dificuldade em adiar as respostas, precipitando-as antes de terem terminado as perguntas. Revelam dificuldade em esperar pela sua vez, interrompem ou interferem com os outros, originando os conflitos sociais. A impulsividade pode repercutir-se em acidentes e o envolvimento em situações perigosas, sem terem a noção das consequências. Estas crianças arrependem-se da sua impulsividade e das suas reações, dado o seu comportamento, o que resulta em hostilidade social, punição, rejeição e, muito provavelmente, na perda de amizades (Barkley, 2002).

Para que se possa falar de impulsividade, segundo o DSM-IV, têm de estar presentes pelo menos três dos seguintes sintomas: *i)* Muda constantemente de atividade; *ii)* Tem dificuldade para se organizar no trabalho (sem que exista algum défice cognitivo); *iii)* Age antes de pensar; *iv)* Necessita de constante supervisão; *v)* Nos jogos ou outras situações de grupo, é-lhe difícil esperar pela sua vez.

1.4. A criança com PHDA e os problemas associados

1.4.1 – Comportamento

Muitas crianças hiperativas apresentam problemas graves de comportamento. Em 65% dos casos, estes geram uma reação de oposição/provocação, cujos critérios de diagnóstico (ver quadro 3) constam no DSM-III-R (APA, 1987) (Lopes, 2003).



Esta situação manifesta-se com mais frequência nos rapazes do que nas raparigas, estabelecendo-se uma associação a uma fraca autoestima, fraca tolerância à frustração, dificuldade em estabelecer amizades e maus resultados escolares (Falardeau, 1997).

- A. Distúrbio que se prolonga há, pelo menos, 5 meses, durante os quais se verificaram, pelo menos, 5 dos seguintes sintomas:
1. Perde a paciência.
 2. Discute com os adultos.
 3. Recusa ou desafia, ativamente, os pedidos ou regras dos adultos.
 4. Faz coisas que aborrecem os outros.
 5. Culpa os outros pelos seus próprios erros.
 6. É sensível ou aborrece-se com os outros.
 7. Zanga-se e é ressentido.
 8. É rancoroso ou vingativo.
 9. Pragueja ou usa linguagem obscena.
- B. Não preenche os critérios para Distúrbio de Conduta e os problemas não ocorrem no decurso de Distúrbio Psicótico, Distímia ou episódio Depressivo, Hipomaníaco ou Maníaco.

Quadro 3 – Reação de Oposição/Provocação – *Adaptado de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. (3rd Ed. Revue); APA, 1987, in Lopes (2003)*

Estes critérios não sofreram alterações no DSM IV (APA, 1994), com a exceção da exclusão do último item, passando a exigir-se, apenas, a presença de quatro sintomas para a realização do diagnóstico.

1.4.2- Relação com os pares

Na generalidade, as crianças com PHDA não dão bem com os seus pares. Esta é uma das áreas em que os problemas das crianças com PHDA são mais evidentes. Mais de 50% apresenta problemas significativos nos seus relacionamentos, sendo descritas como crianças agressivas e abusivas em situações sociais, perturbadoras, dominadoras, inconvenientes e, até rejeitadas, principalmente quando se trata de rapazes (Pelham e Bender, 1982, in Lopes, 2003). Para muitas crianças, torna-se complicado e, até, dramático, iniciar e manter relações com os colegas de escola (Guevremont, 1990, in Lopes, 2003). Pesquisas realizadas neste sentido, apontam para a interferência do comportamento desatento, disruptivo, desligado, imaturo e provocativo destas crianças



na provocação de um padrão de controlo e comportamento autoritário por parte dos seus pares, quando há a necessidade de trabalhar em conjunto. Pelo facto de falarem muito, têm tendência para responderem menos a questões e interações verbais dos seus pares. Estas crianças não mantêm uma relação cooperativa com os outros, são incapazes de respeitar compromissos e trocas mútuas de favores. Muitas delas têm poucos, ou nenhuns, amigos com quem brincar (Barkley, 2002), utilizam soluções agressivas para problemas banais e, muitas vezes perdem, rapidamente, a cabeça em situações sociais pouco favoráveis (DuPaul & Stoner, 1994; Guevremont, 1990, in Lopes, 2003).

1.4.3 - Problemas médicos

As crianças com PHDA apresentam mais problemas de saúde geral. Os mais comuns são a enurese, problemas no controlo esfinteriano, dificuldades em dormir bem, demorando muito tempo para conseguirem adormecer, tendência para acordar, frequentemente, durante a noite, cansaço ao acordar, maior propensão para acidentes e revelam-se crianças mais desafiadoras e teimosas. As mães de crianças com PHDA manifestam mais complicações durante a gravidez e estas crianças revelam mais problemas médicos logo após o nascimento, resultantes de problemas congénitos, e problemas de saúde geral durante a infância (Barkley, 2002). O quadro, que a seguir se apresenta, resume um estudo realizado por Carolyn Hartsough e Nadine Lambert, da Universidade da Califórnia, em Berkley, em 1985, sobre a história médica de 492 crianças com PHDA. Esse estudo concluiu que as crianças hiperativas tinham tendência para apresentar mais problemas do que outras crianças, em relação a 19 dos 30 problemas elencados.



Problemas médicos	Grupo hiperativo	Grupo controle	Diferença significativa?
<u>Problemas na gravidez/nascimento</u>			
1. Saúde precária da mãe	26,4	16,2	Sim
2. Mãe jovem (abaixo dos 20 anos).	16,3	6,7	Sim
3. Pelo menos um aborto anterior.	21,1	24,4	Sim
4. Primeira gravidez.	42,7	32,8	Sim
5. Incompatibilidade do fator RH (sangue).	14,9	12,4	Sim
6. Parto prematuro (abaixo dos 8 meses).	7,9	5,4	Não
7. Pós-maturidade (acima dos 10 meses).	7,9	1,5	Não
8. Trabalho de parto longo (13 ou mais horas)	24,8	15,7	Sim
9. Toxemia ou eclâmpsia durante a gravidez.	7,8	2,5	Sim
10. Sofrimento fetal durante o trabalho de parto ou o nascimento.	16,9	8,0	Sim
11. Parto anormal.	26,6	20,2	Sim
12. Baixo peso ao nascimento (abaixo de 2.500g)	12,2	7,8	Não
13. Problemas congênitos.	22,1	13,2	Sim
14. Problemas no estabelecimento de rotinas durante a infância (comer, dormir, etc.)	54,6	31,7	Sim
15. Problemas de saúde durante a infância.	50,9	29,2	Sim
<u>Marcos de desenvolvimento</u>			
16. Atraso ao sentar.	0,4	0,0	Não
17. Atraso ao engatinhar.	6,5	1,6	Sim
18. Atraso ao andar.	1,5	0,5	Não
19. Atraso ao falar.	9,6	3,7	Sim
20. Atraso no controlo da bexiga.	7,4	4,5	Não
21. Atraso no controlo de esfíncteres.	10,1	4,5	Sim
<u>Doenças e acidentes na infância</u>			
22. Problemas de saúde crónicos.	39,1	24,8	Sim
23. Uma ou mais doenças agudas na infância.	78,0	79,0	Não
24. Quatro ou mais acidentes graves.	15,6	4,8	Sim
25. Mais de uma cirurgia.	27,3	19,5	Não
<u>Estado de saúde na infância</u>			
26. Saúde geral fraca.	8,9	2,4	Sim
27. Audição fraca.	11,1	7,6	Não
28. Visão fraca.	21,6	13,4	Sim
29. Coordenação pobre.	52,3	34,9	Sim
30. Problemas de fala.	26,6	14,8	Sim

Quadro 4 – Percentagem de crianças hiperativas e grupo-controle apresentando problemas médicos.

Nota: Adaptado por C.S. Hartsough e N. M. Lambert (1985), "Medical factors in hiperactive and normal children: Prenatal, developmental, and health history findings." American Journal of Orthopsychiatry, 55, p.190-201. Copyright 1985 by the American Orthopsychiatry Association (Barkley, 2002).



1.5 - A criança com PHDA no contexto familiar

Existem muitas evidências de que os familiares de uma criança com PHDA são mais suscetíveis a angústias psicológicas e transtornos psiquiátricos. Estas dificuldades que a família sente influenciam o modo como a criança com PHDA é percebida, educada e criada ao longo do seu crescimento até à fase adulta. A família é submetida a uma pressão considerável ao tentar lidar com as dificuldades de ordem comportamental ou de aprendizagem que a desordem acarreta pois *“a criança viola as regras da casa, negligencia as tarefas domésticas, opõe-se à lição de casa e geralmente perturba a paz”* (Barkley, 2002:177). Para a maior parte das famílias esta pressão produz confusão e controvérsia entre os seus membros, relativamente à melhor forma de gerir o comportamento da criança (Parker, 2003:25). As mães de crianças com esta perturbação apresentam níveis baixos de autoestima maternal, são mais depressivas, verificando-se a autocensura e isolamento social. Quanto mais severos são os problemas de comportamento da criança, mais intenso é o stresse. Estas crianças parecem necessitar de mais atenção, mais conversa e ajuda por parte das suas mães, durante a interação com elas, tornando-se, no entanto, uma situação de grande desgaste com o passar do tempo. Inicialmente, as crianças com PHDA são menos submissas, mais negativas e discordantes com as diretrizes impostas pelas mães. Com a mudança de idade, esses conflitos mudam, esperando-se que o relacionamento das famílias melhore, apesar de se suspeitar que estes não tornarão, completamente, normativos (Barkley, 2002). Conviver com uma criança com esta patologia implica que os pais vejam a sua saúde mental e o compromisso com a paternidade comprometidos, despoletando ou agravando problemas emocionais devidos ao desgaste sistemático. Os membros da família de uma criança com PHDA têm maior probabilidade em apresentar problemas psicológicos, surgindo da dificuldade de conviver com ela. Os pais poderão ver comprometido o seu relacionamento, resultando em separação, principalmente quando a criança manifesta um comportamento fortemente opositivo, desafiador e agressivo (Barkley, 2002)., tal como é apresentado no quadro seguinte.

O relacionamento destas crianças com os seus irmãos é mais conflituoso, incitando-os para comportamentos inapropriados e danosos. Verifica-se uma tendência



para que estes irmãos tenham um crescimento pautado pelo cansaço que resulta do convívio disruptivo e instável (Barkley, 2002). *“A família chega frequentemente à conclusão de que o seu lar é mais um campo de batalha que um paraíso.”* (Barkley, 2002:177)

1.6 – A criança com PHDA no contexto escolar

Vários estudos têm incidido nas diversas áreas do funcionamento cognitivo das crianças com PHDA, no sentido de perceber quais são as mais deficitárias comparativamente a outras crianças. Estes estudos aferiram que uma das áreas em que as diferenças mais se evidenciam é a que está relacionada com a organização do trabalho. Estas crianças manifestam dificuldades em tarefas que implicam estratégias complexas na resolução de problemas, planeamento, método e organização do trabalho (Barkley, 1990 in Lopes, 2003). Contudo, estas dificuldades não resultam da incapacidade de resolução de problemas, deve-se antes a um reduzido esforço ou a adoção de uma estratégia inadequada perante a tarefa. Estudos comprovam que fracassos escolares repetidos acompanhados pela rejeição dos pares resultam numa perda de autoestima, podendo desenvolver problemas de depressão.

A escola, por sua vez, apresenta um dispositivo legal que permite proporcionar um serviço equitativo às crianças com PHDA, no sentido de lhe permitir o desenvolvimento das suas capacidades, promovendo a sua integração no meio escolar. É nesse sentido que o Decreto-Lei n.º 75/2008 (anexo V), referente à autonomia, administração e gestão escolar, permite a intervenção dos órgãos de direção das escolas no reforço da eficácia das medidas educativas. De acordo com a alínea a) do número um do artigo 4º, este Decreto-Lei tem como um dos objetivos *“promover o sucesso e prevenir o abandono escolar dos alunos e desenvolver a qualidade do serviço público de educação, em geral, e das aprendizagens e dos resultados escolares, em particular”*. Em relação ao número um do artigo oito *“a autonomia é a faculdade reconhecida ao agrupamento de escolas ou à escola não agrupada pela lei e pela administração educativa de tomar decisões nos domínios da organização pedagógica, da organização curricular, da gestão dos recursos humanos...”* Atendendo às necessidades de crianças



com PHDA, as competências consagradas no artigo 20^a, alínea c) “*superintender na constituição de turmas e na elaboração de horários*” devem ser consideradas no momento de constituição de turmas com crianças com PHDA. O Projeto Curricular de turma deve, igualmente, desenvolver atividades de promoção da aprendizagem no envolvimento destas crianças, proporcionando um trabalho mais proveitoso e profícuo, no sentido de diminuir ou colmatar as dificuldades apresentadas por estas crianças.



2 - Modelos de Intervenção

A intervenção em PHDA passa por uma combinação de tratamentos comportamentais e medicamentosos, a fim de favorecer a adaptação e desenvolvimento psicológico das crianças. O tratamento das crianças com PHDA só deve ser ponderado após uma avaliação completa realizada pelos especialistas que, no momento em que planeiam um tratamento de uma criança hiperativa, estabelecem os objetivos prioritários, consistindo, basicamente, na administração de fármacos e na aplicação de métodos comportamentais e cognitivos. Ambas as modalidades têm surtido êxito, melhorando o desempenho da criança.

2.1 - Intervenção Farmacológica

A intervenção farmacológica trata-se de um tratamento que pode ser um complemento essencial na melhoria do comportamento, rendimento escolar e conduta social. Entre 50% a 95% das crianças tratadas com o uso de fármacos revelam melhoria nestas áreas (Barkley, 2002). A aplicação de estimulantes, de alguns antidepressivos e a clonidina (substância utilizada no tratamento da hipertensão em adultos) são as opções terapêuticas mais comuns no tratamento da PHDA. Por outro lado, a eficácia do tratamento depende de vários fatores, nomeadamente da presença de outros problemas.

Quando é sugerida uma intervenção farmacológica, devemos ter em consideração vários aspetos associados à utilização destas substâncias (Lopes, 2003), nomeadamente: *i)* Efeitos terapêuticos e efeitos secundários; *ii)* Doses utilizadas e respetivo horário de administração; *iii)* Periodicidade da visita médica; *iv)* Momento de suspensão da medicação para a verificação da necessidade da continuidade do tratamento; *v)* Alimentos, bebidas e outras substâncias que podem interferir com a medicação; *vi)* Procedimentos a ter se a criança ingerir, acidentalmente, uma dose excessiva de medicamento; *vii)* Obtenção de informação sobre o tipo de medicação a utilizar.

Está demonstrado que as crianças com PHDA apresentam uma alteração genética relacionada com um défice no funcionamento de certas áreas do cérebro que controlam a inibição, a atenção e o autocontrolo. O uso de psicoestimulantes é a forma de



tratamento mais usada na PHDA (Lopes, 2003). São assim denominados devido à sua capacidade de aumentar o nível de atividade ou excitação do cérebro, ativando a área que é responsável pela inibição do comportamento, normalizando a falta de atenção, a impulsividade e os comportamentos inadequados. *“De alguma maneira, eles aumentam o freio do cérebro sobre o comportamento.”* (Barkley, 2002:284)

Os três estimulantes mais recomendados no tratamento da PHDA são a *d*-anfetamina (Dexedrine®, Dextrostat), o metilfenidato (Ritalin®, Methylin®) e pemoline (Cylert®). Há um outro estimulante que resulta da associação de *d*- e *l*-anfetamina (Aderal®). A cafeína, apesar de ser um estimulante, não revela utilidade no tratamento da PHDA. Os fármacos têm uma atuação eficaz na melhoria de comportamento entre uma a três horas e mantêm a sua ação de três a seis horas, contudo, cada criança tem uma reação diferente.

Estudos realizados comprovam que entre 70% a 90% das crianças sujeitas ao tratamento com estimulantes melhoraram, manifestamente, o seu comportamento. Por outro lado, também demonstram que entre 10% a 30% das crianças sob o efeito deste fármaco não obtêm quaisquer benefícios, constatando-se que em algumas o comportamento ainda se agrava.

Os estimulantes aumentam a atenção da criança de forma continuada e a persistência no trabalho que está a realizar, verificando-se menos propensão à impulsividade e à agressividade. Aumenta a capacidade de aprendizagem e a rememoração, melhorando a qualidade do trabalho e a interação da criança com os pais, professores e colegas.

É recomendado que a medicação, quando indicada pelos especialistas, seja associada a outro tipo de tratamento e não como uma única forma de terapia.

2.2 - Intervenção Cognitivo-Comportamental

Desde os anos 60 que a intervenção cognitivo-comportamental se tem desenvolvido de forma significativa, após se comprovar que produzia efeitos positivos no controlo do comportamento destas crianças (García, 2001). A aplicação deste



tratamento é antecedida da planificação e estruturação do processo terapêutico para permitir a avaliação objetiva dos seus resultados.

Nos anos 70, Meichenbaum e Goodman (1971) sugeriram um método a aplicar nas crianças com PHDA, ensinando-lhes estratégias cognitivas para pôr em prática, e com sucesso, perante tarefas escolares e em situações que exigissem o controlo dos comportamentos. O treino de autoinstruções permite ao indivíduo controlar a sua conduta em situações e em contextos diferentes, não se pretendendo ensinar à criança o que tem de pensar, mas sim como deve fazê-lo (García, 2001).

De acordo com Luria, o comportamento da criança é regulado pela linguagem interna faseado em três momentos. No primeiro, as instruções e as ordens dos adultos controlam a conduta infantil; no segundo, o comportamento da criança é controlado pelas instruções que ela dá a si mesma; e no terceiro, a própria linguagem interna da criança conduz a sua atuação (García, 2001).

A intervenção comportamental deverá favorecer as condutas orientadas para a capacidade de realização dos trabalhos escolares, tais como a atenção e hábitos de estudo e de trabalho que se refletem, positivamente, nos resultados académicos. Reforçando-se estes comportamentos no contexto escolar, diminui-se a atividade motora excessiva e a irrequietude. No decorrer desta terapia, devemos ter em atenção os défices de aprendizagem e as condutas fortemente perturbadoras, pois o objetivo é promover a aprendizagem de comportamentos adaptados e, de seguida, à modificação das condutas indesejadas (García, 2001). O tratamento comportamental baseia-se no princípio do reforço, recompensando-se as condutas apropriadas como é exemplo a realização das tarefas escolares, prestar atenção às explicações do professor, concluir as tarefas no tempo previsto permanecer sentada, não falar sem autorização, ao mesmo tempo que se procura eliminar os comportamentos inadequados.

Os estímulos de reforço, que visam a recompensa, devem ser pensados individualmente, de acordo com as preferências e gostos da criança e, para isso, o terapeuta deve ter conhecimento destes quando começa o tratamento. A intervenção comportamental contempla o uso de fichas que, mais tarde, poderão ser substituídas por outros objetos, atividades ou reforços sociais como aplausos, elogios, abraços e comentários positivos. Estes reforços são integrados neste sistema de economia de fichas (*Quadro 5*) onde é estabelecido, primeiramente, o seu preço e o sistema de troca



e as condições de aquisição ou perda das mesmas. No início da utilização deste sistema, a criança pouco tem de fazer para conseguir ganhar muitas fichas, posteriormente, a situação inverte-se, pois tem de concretizar atividades cada vez mais difíceis. No momento em que os comportamentos apropriados começam a consolidar-se, as fichas deverão ser substituídas por reforços sociais, tais como a atenção, gestos de aprovação e sorrisos, para que, no final desta intervenção, os comportamentos apropriados persistam.

Trabalho	Pagamento	Recompensa	Custo
Vestir-se.	5	Ver televisão (30 minutos).	4
Lavar as mãos/rosto.	2	Jogar playstation (30 minutos).	5
Escovar os dentes.	2	Brincar no quintal.	2
Separar as roupas sujas.	5	Andar de bicicleta.	2
Recolher os brinquedos do chão.	2	Usar um brinquedo especial.	4
Levantar os pratos sujos depois de comer.	3	Sair para lanchar.	200
Tarefa escolar (15 minutos).	1	Alugar um filme.	300
Renovar a água do cão.	5	Jogar futebol/basquetebol ou patinagem.	400
Tomar banho.	1	Ficar acordado depois da hora (30 minutos).	50
Pendurar o casaco.	5	Convidar um amigo para brincar.	40
Não discutir com os irmãos:	1	Convidar um amigo para dormir em casa.	150
do pequeno-almoço até ao almoço.	3	Receber mesada (semanal).	100
do almoço até ao jantar.	3	Escolher uma sobremesa especial.	20
do jantar até à hora de dormir.	3	Brincar em casa de um amigo.	50
Pedir alguma coisa ao pai ou à mãe com voz calma	1		
Vestir o pijama.	3		
Aparecer quando for chamado.	2		
Dizer a verdade sobre um problema quando questionado.	3		
Atitude positiva.	Bónus		

Quadro 5 – Exemplo de um programa de trabalho caseiro com fichas e lista de privilégios para uma criança de 6 a 8 anos (Barkley, 2002).

As terapias comportamentais representam uma estruturação, planificação e avaliação dos seus resultados. Quando é implementada no seu meio natural, implica que



haja um forte envolvimento dos pais e dos professores na prática de princípios comportamentais como o castigo e a extinção de condutas inapropriadas e como o reforço na atribuição de recompensas perante comportamentos adequados. (García, 2001).



3 – APRENDIZAGEM

3.1 – Conceito

A aprendizagem caracteriza-se por uma mudança de comportamento resultante da experiência, tratando-se de uma mudança de conduta. É uma resposta modificada, estável e durável, interiorizada e consolidada, no próprio cérebro do indivíduo (Fonseca, 2008:164).

Os mecanismos envolvidos na aprendizagem resultam de processos neurobiológicos, da atividade bioelétrica, de reações químicas, de arranjos moleculares nas células nervosas e gliais, da eficiência sinática, dos traços de memória, assim como do metabolismo proteico entre outros fatores. A aprendizagem é, portanto, uma função do cérebro que resulta de complexas operações neurofisiológicas e neuropsicológicas, associando, combinando e organizando estímulos com respostas, assimilações com acomodações, situações com ações, gnósias com práxias... (Fonseca, 2008:164).

A aprendizagem está relacionada com conceitos psicológicos importantes, tal como o estímulo, o reflexo, o condicionamento, a discriminação e a memória (Berkson, 1975, in Fonseca, 2008). A aprendizagem implica a utilização de todos os recursos da criança quer endógenos (hereditariedade) quer exógenos (meio) para a otimização funcional com vista a uma garantia de adaptação psicossocial, envolvendo fatores neurobiológicos, socioculturais e psicoemocionais. A aprendizagem envolve um conjunto de sistemas denominados por sistemas psiconeurológicos de aprendizagem, referindo um processo conjunto baseado em operações neurológicas com coexistentes psicológicas (Johnson & Myklebust, 1967, in Fonseca, 2008)

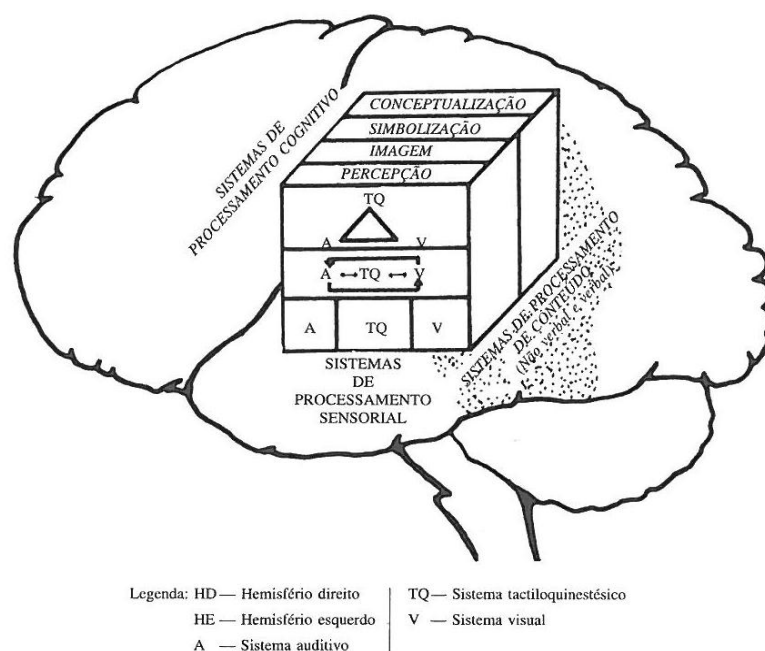


Fig. 1 – Sistemas psiconeurológicos da aprendizagem (Fonseca, 2008)

O cérebro é o órgão da aprendizagem e a ele cabe todo o processamento, a conservação e a expressão da informação, para além de governar e regular tudo o que diz respeito à adaptação e à transformação do envolvimento. Sem uma organização cerebral integrada, intra e interneurosensorial, não é possível uma aprendizagem normal.

3.2 – A PHDA e as dificuldades de aprendizagem

Uma das situações que tem provocado controvérsia é o problema do comportamento ou de aprendizagem (Lopes, 2003). Os estudos realizados em relação ao desenvolvimento intelectual das crianças com PHDA têm-se revelado pouco esclarecedores. Há uma grande predisposição por parte destas crianças para níveis de realização académica baixos e muito inferiores às suas capacidades (Barkley, 1990; Barkley et al., 1991; Weiss & Hechtamn, 1993, in Lopes, 2003). Entre 20% a 30% destas crianças deparam-se com problemas de linguagem e discurso, leitura, ortografia e



dificuldades na área da matemática. Presume-se que estas dificuldades sejam o resultado de problemas de atenção, impulsividade e irrequietude. Segundo Barkley (1990) e DuPaul e Stoner (1994), nos Estados Unidos existem programas educativos especiais para crianças hiperativas, que revelem dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento. Há resultados de estudos que mostram que cerca de 1/3 das crianças hiperativas foram retidas, pelo menos uma vez, no ensino básico. Estas crianças são sujeitas a um maior número de suspensões e expulsões, abandonando precocemente a escola (Barkley et al., 1991, in Lopes, 2003). Relativamente às crianças hiperativas e impulsivas, sabe-se que têm tendência para falarem mais do que as outras crianças, representando inúmeras desvantagens, pois falar de mais causa inconvenientes, por outro lado manifesta um discurso mais pobre e pouco fluente, pois o discurso requer a utilização de processos cognitivos mais elaborados. Porém, não se deve associar estas dificuldades a um atraso global na linguagem, pois os problemas manifestam-se mais na linguagem expressiva do que na linguagem recetiva (Barkley, 1990, in Lopes, 2003). Estas crianças revelam dificuldades na resolução de problemas, planeamento, método e organização do trabalho, devido a um esforço que se revela insuficiente ou a uma ausência/ pouca eficácia de estratégias.

À medida que vai aumentando o grau de exigência e de trabalho, na escola, requerendo mais concentração, organização e motivação, os sintomas de PHDA tornam-se mais pronunciados. A passagem para o 2º ciclo representa uma fase em que se verifica um estado excessivo de desatenção, passividade e desorganização. Os alunos com Défice de Atenção, que não são hiperativos, manifestam uma maior propensão para problemas de aprendizagem que podem afetar a sua capacidade de aquisição de competências nas áreas da leitura, da escrita e da matemática. As dificuldades de aprendizagem manifestam-se até 25% das crianças com Défice de Atenção, com ou sem hiperatividade (Parker, 2003).

Os défices no processamento da informação no cérebro constituem as causas mais frequentes no insucesso escolar das crianças com PHDA. Muitas destas crianças retêm pouca informação porque se distraem com facilidade, compreendem mal as instruções dadas pelos professores e sentem-se um pouco perdidas nas aulas (Selikowitz, 2010).

De uma maneira geral, as crianças com PHDA apresentam uma sub-realização escolar, são menos solicitadas pelos professores e manifestam mais dificuldade no



trabalho individual. Esta situação resulta em taxas de retenção elevadas em que mais de 80% destas crianças apresenta problema de aprendizagem, resultando, mais cedo ou mais tarde, em abandono escolar (Lopes, 2003).



PARTE II

Parte Prática



1 - DEFINIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O intuito desta investigação surgiu do facto de vermos integrada esta aluna numa turma com a qual trabalhamos, permitindo fazer observações diretas ao longo do presente ano letivo. Esta criança tem 11 anos, frequenta o 5º ano de escolaridade e por volta dos 6 anos foi-lhe diagnosticada PHDA. As manifestações desta patologia, desde cedo, se começaram a revelar nefastas para a aprendizagem da aluna, pois a sua capacidade de manter a atenção era muito reduzida e a atividade motora evidenciava-se excessiva. Apesar de um diagnóstico atempado, não se verificaram, até ao momento, adaptações curriculares que visassem acompanhar a aluna nas suas dificuldades ao longo do tempo.

Perante os comportamentos impulsivos e hiperativos e as suas implicações no contexto familiar e a confirmação de suspeitas por parte da professora do 1º ano de escolaridade, os pais desta aluna decidiram procurar ajuda junto de um pedopsiquiatra.

Após o diagnóstico de PHDA, a aluna começou a fazer tratamento farmacológico e a beneficiar de terapias cognitivas e comportamentais, externas à escola. Este centro apresenta atividades de terapia individual e de grupo, duas vezes por semana, visando a atenuação das manifestações da PHDA no seu rendimento escolar.

Julgamos pertinente a realização desta investigação como forma de consciencializar pais, professores, famílias e outros intervenientes, da importância de um diagnóstico precoce e do acompanhamento direcionado no desenvolvimento e promoção da aprendizagem destas crianças. A aplicação dos modelos de intervenção farmacológico e cognitivo-comportamental, a par da utilização de estratégias motivadoras nos contextos onde a criança está integrada poderá ajudar no controlo dos problemas associados à PHDA, principalmente com a passagem para o 2º ciclo, onde estas implicações poderão manifestar-se de forma diferente perante as várias disciplinas e devido ao grau de exigência que vai aumentando em cada ano de escolaridade.

Daí a formulação da pergunta de partida:

— *Quais os contributos da aplicação precoce dos modelos de intervenção na promoção da aprendizagem em alunos com PHDA no 2º ciclo?*



2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho incide num estudo de caso que implica, obrigatoriamente, uma aproximação do investigador ao domínio das realizações estudadas, através do contacto direto com os sujeitos em estudo. Privilegiaremos o recurso à observação participante por constituir um meio de chegar mais pormenorizadamente à compreensão e à explicação da realidade que o investigador quer estudar. A validade deste recurso metodológico deverá basear-se, por um lado, na precisão e no rigor das observação e, por outro, no confronto constante entre as observações e as hipóteses interpretativas (Quivy, 1998:197)

À medida que o investigador vai procedendo à recolha da informação, deve realizar, simultaneamente, a interpretação dos dados obtidos. A análise destes permitirá proceder à sua organização sistemática com vista a aumentar a sua compreensão e permitir a apresentação de conclusões. Em síntese, esta investigação permitirá aferir os comportamentos e atitudes característicos da criança com PHDA em casa e na escola.

As escalas de avaliação são instrumentos amplamente utilizados porque permitem avaliar as crianças hiperativas, mediante a informação proporcionada pelos pais, professores e adultos, em geral, que permanecem em contacto com a criança no seu meio natural. Embora alguns autores diferenciem escalas específicas para docentes e pais, o habitual é que sejam instrumentos similares que não diferem na sua estrutura nem no seu formato. O que ocorre, normalmente, é o emprego de uma mesma prova com formas equivalentes de aplicação. As escalas de conteúdo mais amplo permitem avaliar problemas comportamentais e outras perturbações relacionadas com a hiperatividade, como é o caso da *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*, de George L. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos e Robert Reid (1998) (Lopes, 2003) (anexo I) que será aplicada nesta investigação.

Foram apresentados os objetivos do nosso trabalho aos pais e professores, solicitando a colaboração destes. A escala *ADHD Rating Scale-IV* foi entregue em mãos para serem preenchidas por todos. Foi referido que os dados recolhidos seriam apenas utilizados para fins académicos sendo de carácter confidencial. Foi demonstrada disponibilidade da nossa parte para o esclarecimento de qualquer dúvida. Foram



solicitadas conversas informais com os pais, onde foram obtidas informações mais pormenorizadas sobre a criança M. Proceder-se-á à apresentação, descrição e discussão dos resultados dos dados preenchidos pelos pais e professores.

O teste sociométrico (anexo II) será utilizado como um utensílio para o fornecimento de indicações sobre as interações dos alunos que constituem a turma e para aferir a posição e o papel desta aluna nesse grupo (Bastin, 1980). Este teste consistiu em perguntar aos alunos quais os colegas da turma que desejariam encontrar no próximo ano letivo, na mesma turma, e quais os que não desejariam encontrar. O teste sociométrico foi distribuído pelos alunos na última semana de aulas do 3º período, onde foi referido que o mesmo seria utilizado para a constituição de turmas do próximo ano letivo.



3- CARACTERIZAÇÃO DO MEIO ENVOLVENTE

Todas as informações aqui apresentadas foram retiradas do Projeto Educativo (anexo IV) do Agrupamento Vertical de Escolas a que a jovem pertence.

3.1 - O Meio Envolverte

Gondomar é considerado o terceiro maior concelho da Grande Área Metropolitana do Porto, antecedido pelos concelhos de Vila Nova de Gaia e Porto, tendo uma área aproximada de 130,5 Km² e, de acordo com os dados do I.N.E., apresenta uma população de cerca de 174 000 habitantes³. A Freguesia de Gondomar (S. Cosme), sede do concelho, adquiriu esta designação em 1928, quando foi elevada a Vila, passando a Cidade no ano de 1991. É habitada por mais de 34 000 pessoas, dispersas pela paisagem citadina – ainda com fortes marcas rurais e agrícolas – numa área que ronda os 12 Km², situada a cinco quilómetros do Porto e fazendo fronteira com Valbom, Rio Tinto, Baguim do Monte, Jovim, Fânzeres e S. Pedro da Cova⁴. Esta cidade é marcada pelo Monte Crasto, propriedade da Confraria de Stº Isidoro, que lhe tem preservado o património histórico-natural, que tão bem a dignifica, assim como as famosas festas do concelho da Senhora do Rosário. A pós-modernidade evidencia esta freguesia – cidade como referência de valores económicos, culturais e artísticos, visíveis na Biblioteca, Pavilhão Multiusos, Piscinas e o Auditório, todos municipais, bem como os serviços públicos: Tribunais, Centro de Emprego e Segurança Social, Indústria, Comércio e também nos seus acessos à atual IC29, com ligação à VCI, A3 e às principais cidades da Grande Área Metropolitana do Porto⁵. Estes tornaram-se uma mais-valia para a freguesia – sede do concelho que, juntamente com a centralidade face às restantes freguesias e a proximidade da cidade do Porto, fazem de Gondomar um renovado pólo cultural e cívico que pretende corresponder ao *boom* dos últimos anos, dando origem a fortes marcas de urbanização, acrescida da construção de habitação social tais como o conjunto habitacional do Monte Crasto, da Fontela e de Aguiar.



O concelho de Gondomar apresenta uma taxa de 5,5% de analfabetismo. Genericamente, verifica-se que a população possui um baixo nível de escolaridade que resulta em défices de qualificação académica e profissional. Esta situação representa a existência de precariedade laboral e elevadas taxas de desemprego de curta e longa duração.

3.2 - A Escola

Esta escola foi criada como escola preparatória Júlio Dinis, no ano de 1968, no dia nove de setembro. Após o 25 de Abril de 1974 passou a chamar-se Escola Preparatória de Gondomar, e em 1995 Escola Básica do 2º e 3º Ciclos, tal como hoje se afirma na integração no Agrupamento criado em 1/9/2003, de acordo com o ponto 1 do artigo 5º do Decreto-Lei 115-A de 1998, de 4 de maio. Começou por ocupar uma residência na R. 25 de Abril e parte das instalações na Escola Comercial e Industrial de Gondomar (atual Escola Secundária) Em janeiro de 1973 passou a ocupar as atuais instalações que a seguir se descrevem:

Pavilhões	Salas	Outros espaços
Corpo A1	4 Salas de aula 1 Sala de Educação Visual e Tecnológica 1 Sala da Educação Especial 1 Sala TIC	Átrio de entrada Gabinete de professores, (utilizado como sala de aulas de apoio) Instalações sanitárias
Corpo A2	6 Salas de aula 1 Sala de Educação Visual e Tecnológica 1 Laboratório de Físico Químicas 1 Sala de clubes	Átrio de entrada Gabinete de professores, (utilizado como sala de aulas de apoio) Instalações sanitárias de alunos
Corpos A3	4 Salas de aula 1 Sala de Educação Visual e Tecnológica 2 Salas do Curso CEF	Átrio de entrada Gabinete de professores, (utilizado como sala de aulas de apoio) Instalações sanitárias de alunos.
Corpos A4	5 Salas de aula 1 Sala de Educação Visual e Tecnológica 1 Sala de Educação Visual	Átrio de entrada Gabinete de professores, (utilizado como sala de aulas de apoio)



	1 Sala de Ciências da Natureza	Instalações sanitárias de alunos Sala do GAAF
Corpo A 5	2 Salas de Educação Musical.	Átrio Instalações sanitárias
Polivalente	- Salão de Convívio dos alunos - Serviços de apoios aos alunos – Bufete, - Papelaria, SASE, Cozinha e Refeitório - Reprografia - Biblioteca Escolar e Centro Recursos - Gabinete de Diretores de Turma e de Atendimento aos Encarregados de Educação - Secretaria 2 Gabinetes do Órgão Executivo- Diretora - Sala de professores - Gabinete de SPO	Átrio e telefones Instalações sanitárias Gabinete de Primeiros Socorros Espaço coberto junto aos serviços de Secretaria
Pavilhão Gimnodesportivo	Utilizado para aulas de três turmas em simultâneo Utilizado por clubes e equipas desportivas da comunidade	3 Campos de jogos exteriores

Os cinco pavilhões e o corpo central estão ligados por corredores cobertos por placas de fibrocimento.

O Agrupamento de Escolas de Gondomar (S. Cosme) tem como escola sede a E.B. 2,3 de Gondomar. O Agrupamento engloba os seguintes estabelecimentos:

- EB1 /J.I. de Aguiar
- EB1 do Crasto
- EB1 da Gandra
- EB1 de Ramalde
- EB1 do Souto
- EB1/ J.I. do Taralhão
- EB1 do Vinhal
- Jardim de Infância da Fontela
- Jardim de Infância do Monte Crasto
- Jardim de Infância do Vinhal



3.3 – A Turma

A turma é constituída por 25 alunos, 14 raparigas e 11 rapazes, entre os 10 e 11 anos. Ninguém é repetente. Alguns já se conhecem desde o Jardim de Infância e a maioria integrou sempre a mesma turma no 1º ciclo, vivendo quase todos na mesma zona residencial. O grupo mantém uma ligação de grande cumplicidade, envolvendo-se, porém, em situações de conflito, sendo necessária, a maior parte das vezes, a intervenção do diretor de turma na resolução dos problemas.

3.4 - A Criança M

As informações aqui apresentadas foram obtidas através da ficha de Anamnese (Anexo III) e de conversas informais com os pais.

A aluna tem 11 anos e frequenta o 5º ano de escolaridade. Vive com o pai e a mãe, de 40 e 39 anos, respetivamente, e um irmão de 17 meses.

A criança nasceu de parto normal, com ajuda de ventosa, às 37 semanas. Nasceu com 2,650kg e um perímetro cefálico de 25 cm.. A gravidez decorreu com normalidade, exceto poucos dias antes do parto, momento em que a mãe teve de ser hospitalizada devido ao diagnóstico de pré-eclâmpsia. A criança foi alimentada com leite materno até aos 8 meses com um suplemento, pois verificava-se que não aumentava de peso.

Entrou na creche com 1 ano e meio, mas teve de sair, pois não dormia a sesta e chorava muito. Até à entrada no Jardim de Infância, aos 4 anos, ficou à guarda da avó materna. Aos 3 anos, os pais da M. levaram-na a um pedopsiquiatra pois tinha muitas dificuldades em adormecer, dormia muito mal e acordava muito cedo. Os pais tinham de ficar com ela durante, mais ou menos, duas horas até ela adormecer. O pedopsiquiatra receitou-lhe *Melleril*, durante alguns meses para a ajudar a ter um sono mais tranquilo. Durante algum tempo andou mais calma e passou as noites com mais serenidade. A M. sempre teve medo de andar sozinha em casa, não dormia sozinha, não apagava a luz enquanto não adormecia e tinha medo de tudo até de pessoas estranhas. Sempre assumiu um comportamento de oposição e desafiante em relação aos pais. Tinha dificuldade em iniciar e manter laços de amizade com crianças da sua idade.



Desde o Jardim de Infância, até hoje, mantém uma relação muito próxima com a sua melhor amiga, com a qual já teve grandes desentendimentos.

A M. entrou no 1º ciclo com 6 anos. Pouco tempo depois do seu início no 1º ano, a professora começou a perceber que a aluna nunca permanecia sentada no seu lugar e quando o fazia estava sempre muito irrequieta. Levantava-se, constantemente, para afiar o lápis. Houve alturas em que gastava um por dia. Revelava ser inteligente, mas não prestava atenção à aula. Estava, permanentemente, distraída, falava muito e apresentava uma atividade motora excessiva. A professora falou com os pais e transmitiu-lhes a sua preocupação e aconselhou que levassem a M. ao médico. Os pais levaram-na ao pediatra que lhes indicou um pedopsiquiatra. Este receitou-lhe *Concerta*, 18 mg, que contém a substância ativa “cloridrato de metilfenidato” com o intuito de aumentar o tempo de atenção, a concentração e a redução dos comportamentos impulsivos. A criança tomou durante pouco mais de um ano. Inicialmente, tomava todos os dias, mas começou a reduzir ao longo do tempo até deixar de tomar. Na altura em que começou este tratamento farmacológico, o pedopsiquiatra aconselhou a realização de terapias comportamentais. Os pais procuraram essa ajuda no Fio de Ariana, no Porto, onde começou por fazer terapia individual, duas vezes por semana, durante um ano e meio, a par de consultas regulares no pedopsiquiatra. Aos 8 anos iniciou terapia de grupo complementando as sessões individuais. No 4º ano de escolaridade, começam a verificar-se resultados positivos no comportamento e rendimento académico da aluna. Os pais dizem que é uma criança completamente diferente, quase irreconhecível. Neste momento, a M. só faz terapia de grupo (psicodrama) e já não frequenta a terapia individual, tendo suspenso a medicação.

Em casa, os pais inibem-na das coisas de que mais gosta, quando tem um comportamento inadequado. Por outro lado, recompensam-na quando assume um comportamento aceitável.



PARTE III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS



1 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE PHDA – PAIS E PROFESSORES

ADHD RATING SCALE – IV (George L. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos e Robert Reid (1998), in Lopes (2003))

A ADHD Rating Scale é um dos instrumentos mais utilizados no despiste de PHDA. Esta escala contém normas que permitem comparar o comportamento do indivíduo com o que seria esperado para a idade. As normas etárias são de extrema relevância, pois os resultados perdem sensibilidade à medida que o indivíduo fica mais velho (Lopes, 2003). A escala utilizada neste trabalho contempla uma versão para pais e outra para professores

1.1 – Apresentação dos resultados (pais)

Foi pedido aos pais que preenchessem a escala para tentarmos perceber como é que a M. se comporta em casa e para podermos aferir quais os comportamentos característicos de PHDA por si manifestados.

Em conversas informais, os pais referiram que a M. revela um comportamento absolutamente diferente daquele que manifestava quando entrou para a escola do 1º ciclo, altura em que foi diagnosticada a PHDA. Nessa época, a criança revelava uma atividade motora excessiva e uma impulsividade considerável que foram desvanecendo ao longo do tempo, a partir do momento em que começou a beneficiar de tratamento farmacológico, cognitivo-comportamental e acompanhamento psicológico.

Neste momento, com 11 anos e a frequentar o 2º ciclo, a M. manifesta os comportamentos que poderemos verificar em seguida.

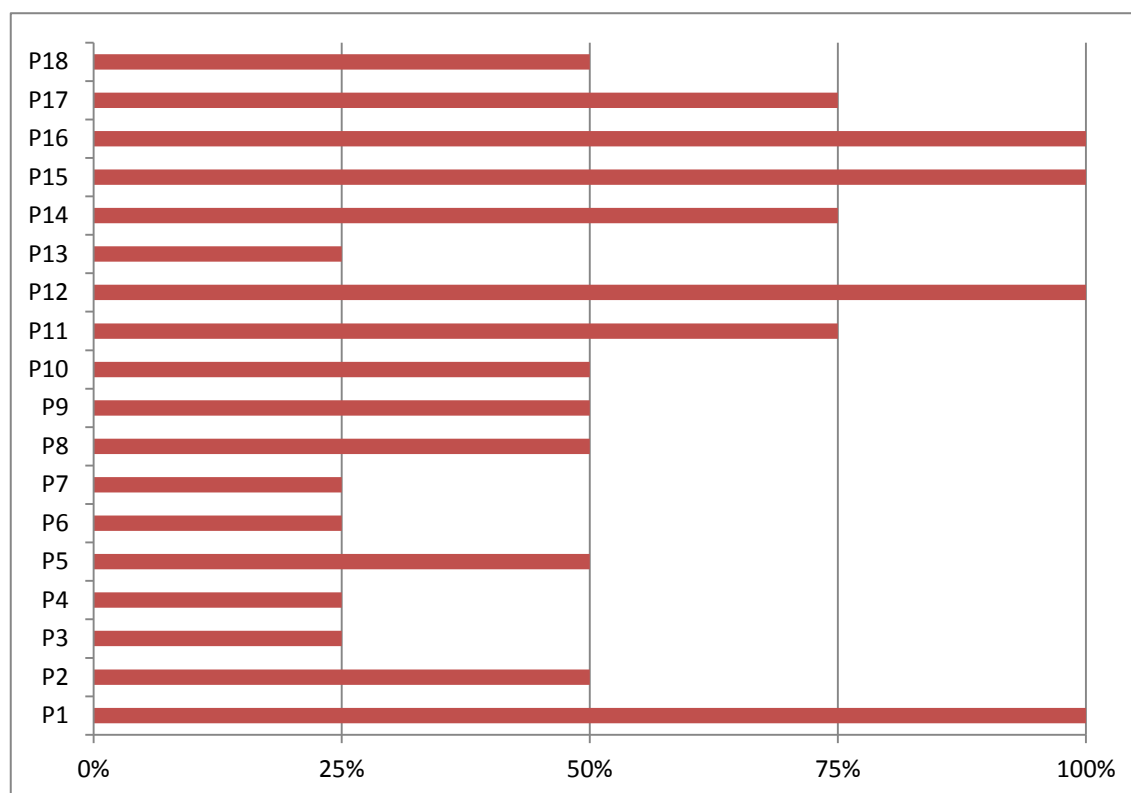


Gráfico 1 – Características específicas de PHDA identificadas pelos pais.

- P1. Não presta atenção a detalhes ou comete erros, por descuido, nos trabalhos escolares.
- P2. Mexe, continuamente, as mãos ou os pés quando está sentada.
- P3. Tem dificuldade em manter a atenção em atividades de jogo.
- P4. Não fica no lugar da sala de aula ou noutras situações em que é esperado que o faça.
- P5. Parece que não ouve quando se lhe fala diretamente.
- P6. Corre e trepa para as coisas em situações em que tal não é esperado.
- P7. Não segue instruções nem consegue acabar os trabalhos.
- P8. Tem dificuldades em brincar ou em se envolver em atividades recreativas de forma sossegada.
- P9. Tem dificuldades em organizar as atividades.
- P10. Está sempre a "partir para outra" ou age como se tivesse um "motor interno".
- P11. Evita tarefas (ex. trabalhos escolares) que exijam um esforço mental prolongado.
- P12. Fala de mais.
- P13. Perde coisas necessárias para as suas atividades académicas.
- P14. Responde, precipitadamente, antes de ouvir as perguntas até ao fim.
- P15. Distrai-se facilmente.
- P16. Tem dificuldades em esperar pela sua vez.
- P17. É esquecida nas suas atividades diárias.
- P18. Interrompe ou intromete-se sem autorização.

De acordo com a opinião dos pais, M. evidencia todos os comportamentos característicos de PHDA em casa. A criança manifesta, de forma considerável, as características que estão relacionadas com a impulsividade, como é o caso da dificuldade que demonstra em esperar pela sua vez, a distração, falta de atenção, o falar de mais, responder antecipadamente, ser esquecida e evitar tarefas que exijam um esforço mental prolongado.

1.2 – Apresentação dos resultados (professores)

A escola é um espaço privilegiado na identificação precoce de PHDA. Aqui espera-se que as crianças adotem um comportamento de obediência: saber estar sentado, prestar atenção ao que é dito, seguir instruções dadas, saber intervir no momento adequado, esperando pela sua vez, partilhar materiais e ser organizado. A passagem para o 2º ciclo representa uma fase em que se verifica um estado excessivo de desatenção, passividade e desorganização (Parker, 2003). Decidimos, então, pedir aos professores de M. que preenchessem a escala para podermos verificar os comportamentos característicos de PHDA que estes identificam no contexto escolar.

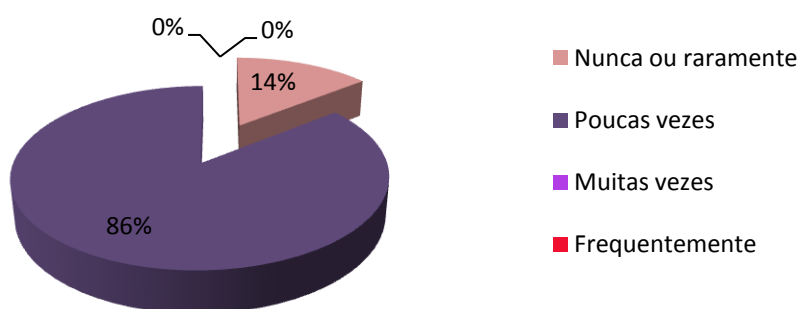


Gráfico 2 - P1: Não presta atenção a detalhes ou comete erros, por descuido, nos trabalhos escolares.

Os dados revelam que 14% dos professores referem que nunca ou raramente a criança evidencia este comportamento e 86% refere que poucas vezes a aluna o faz.

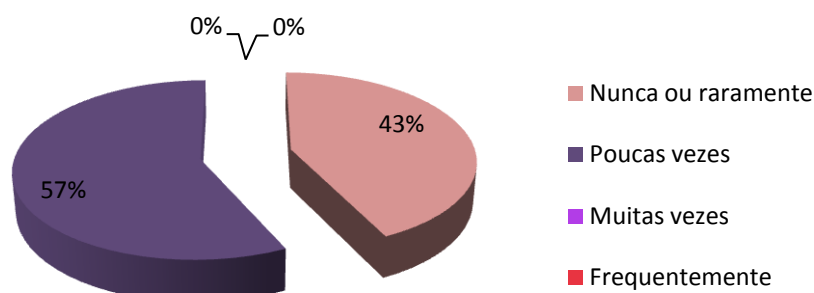


Gráfico 3 - P2: Mexe, continuamente, as mãos ou os pés quando está sentada.

De acordo com os dados, 43% dos professores refere que nunca ou raramente a aluna se comporta desta maneira e 57% menciona que poucas vezes ela o faz.

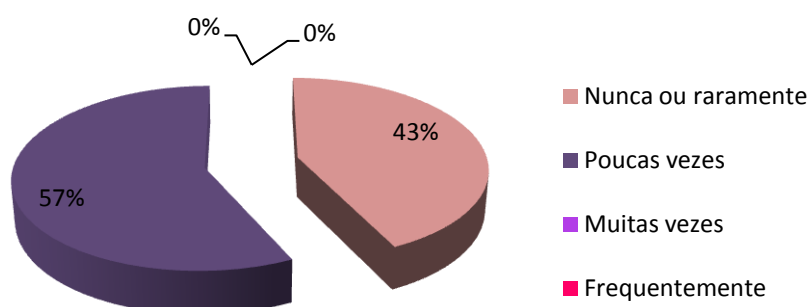


Gráfico 4 - P3: Tem dificuldade em manter a atenção em atividades lúdicas.

43% dos professores refere que nunca ou raramente a aluna evidencia esta atitude e 57% menciona que poucas vezes ela o faz.

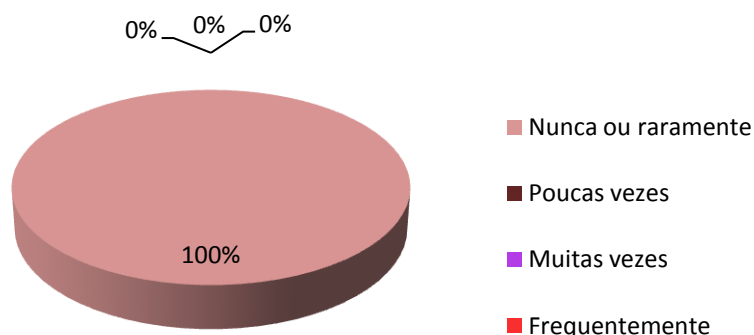


Gráfico 5 - P4: Não fica no lugar da sala de aula ou noutras situações em que é esperado que o faça.

Os dados revelam que 100% dos professores não observaram este comportamento na aluna.

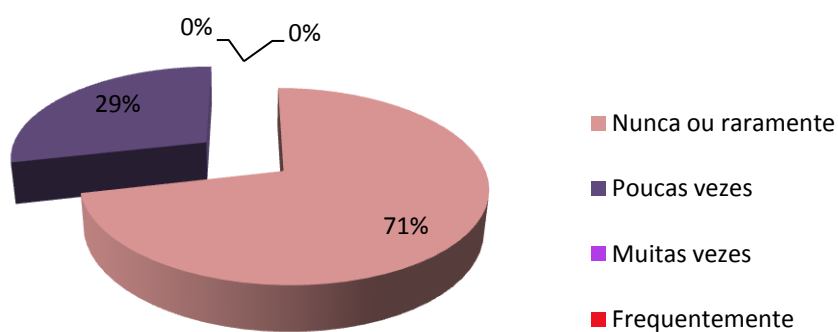


Gráfico 6 - P5: Parece que não ouve quando se lhe fala diretamente.

De acordo com 71% dos professores, a aluna nunca ou raramente evidencia este comportamento e 29% revela que poucas vezes o tem.

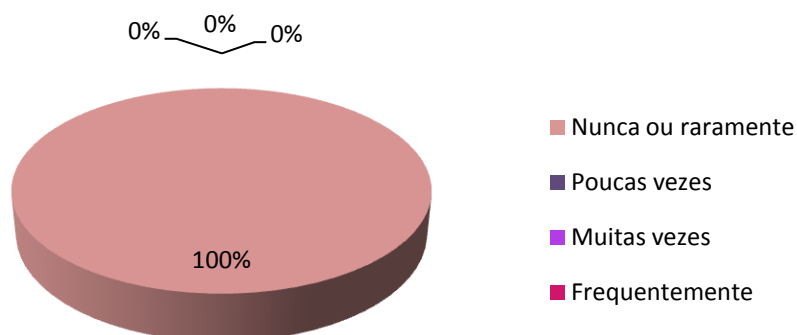


Gráfico 7 - P6: Corre e trepa para as coisas em situações em que tal não é esperado.

100% dos professores afirmam que a aluna nunca ou raramente manifesta este comportamento.

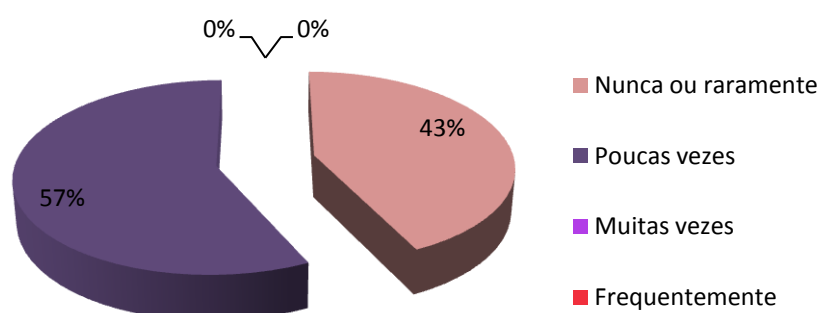


Gráfico 8 - P7: Não segue instruções nem consegue acabar os trabalhos.

43% dos professores refere que a aluna nunca ou raramente segue instruções e nem consegue acabar os trabalhos e 57% menciona que poucas vezes ela tem este comportamento.

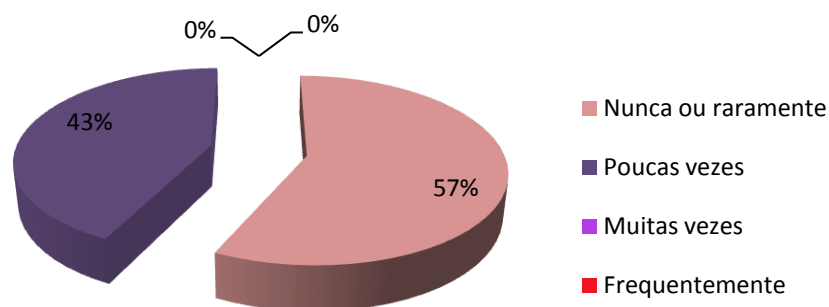


Gráfico 9 - P8: Tem dificuldades em se envolver em atividades recreativas de forma sossegada.

57% dos professores menciona que nunca ou raramente identificou este comportamento na aluna e 43% refere que poucas vezes a aluna o teve.

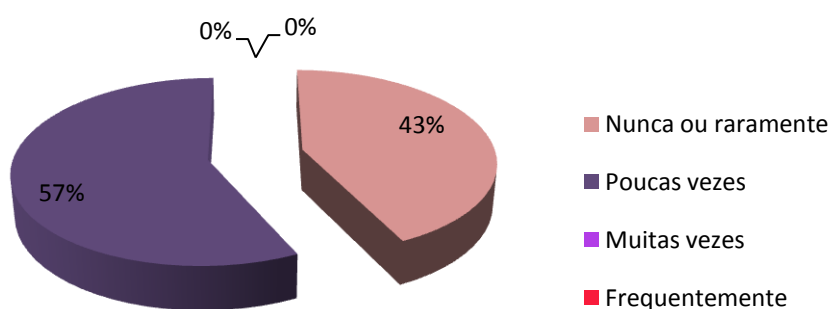


Gráfico10 - P9: Tem dificuldades em organizar atividades.

43% dos professores revela que nunca ou raramente a aluna manifesta dificuldades em organizar atividades e 57% menciona que poucas vezes ela demonstra estas dificuldades.

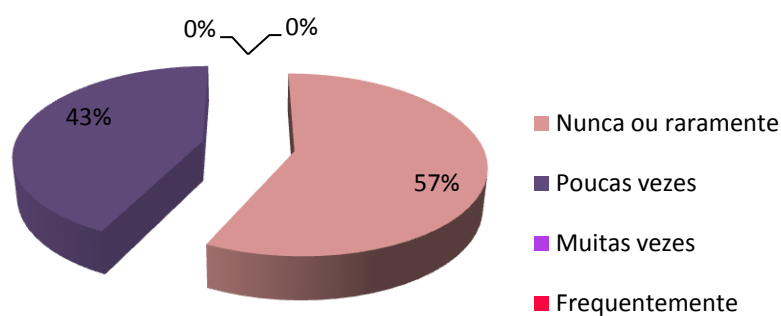


Gráfico 11 - P10: Está sempre a “partir para outra” ou age como se tivesse um “motor interno”.

57% dos professores menciona que M. revela este comportamento e 43% refere que poucas vezes o tem.

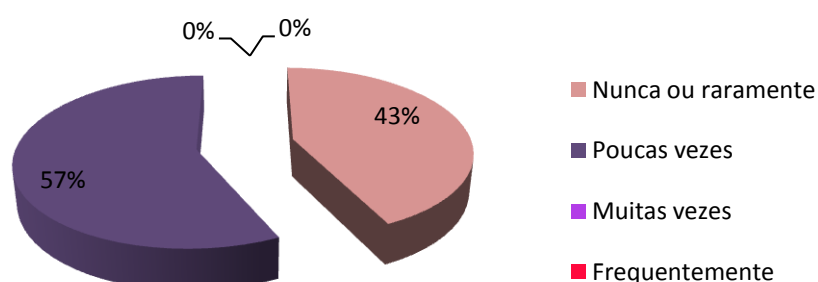


Gráfico 12 - P11: Evita tarefas que exigem um esforço mental prolongado.

43% dos professores nunca ou raramente identificou este comportamento na criança e 57% identificou-o poucas vezes.

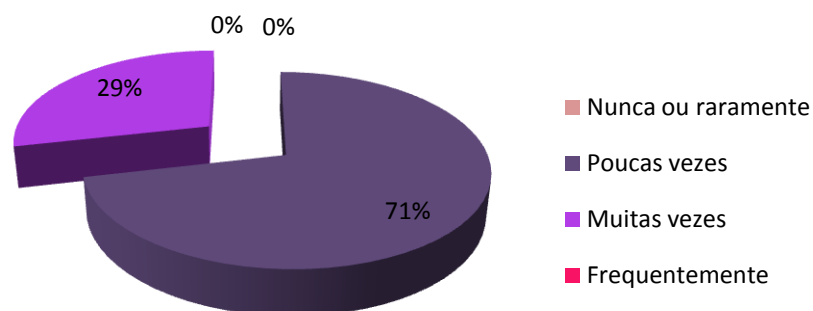


Gráfico 13 - P12: Fala de mais.

71% dos professores revela que M. poucas vezes fala de mais e 29% menciona que ela o faz muitas vezes.

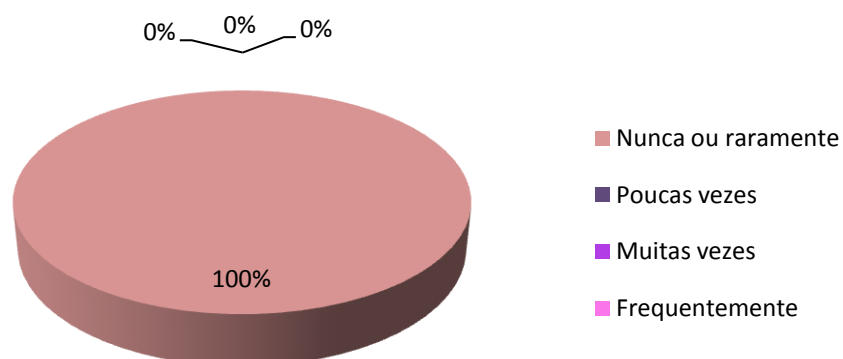


Gráfico 14 - P13: Perde coisas necessárias para as suas atividades académicas.

100% dos professores revela que nunca ou raramente a aluna perde coisas necessárias para as suas atividades académicas

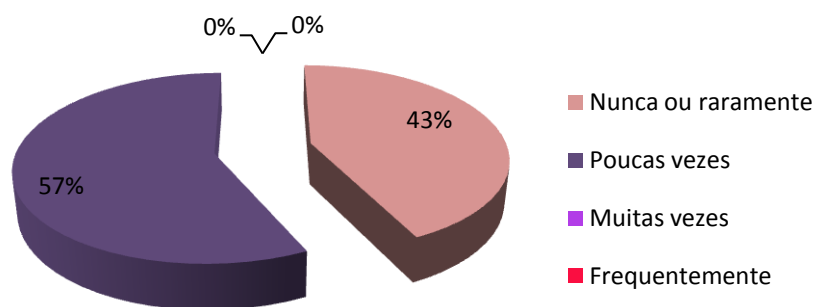


Gráfico 15 - P14: Responde, precipitadamente, antes de ouvir as perguntas até ao fim.

43% refere que a aluna nunca ou raramente evidencia esta atitude e 57% menciona que o faz poucas vezes.

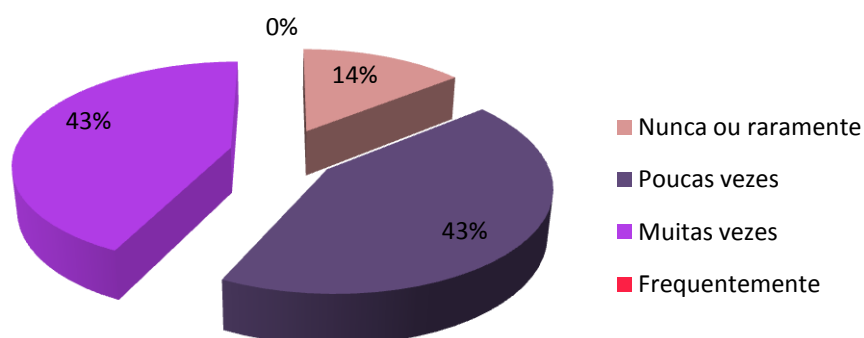


Gráfico16 - P15: Distrai-se facilmente.

14% dos professores refere que M. nunca ou raramente se distrai facilmente, 43% menciona que poucas vezes o faz e 43% diz que ela se distrai facilmente muitas vezes.

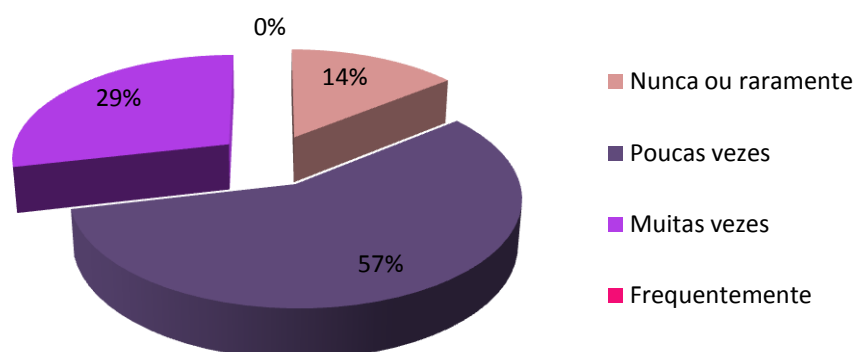


Gráfico 17 - P16: Tem dificuldades em esperar pela sua vez.

14% refere que a aluna nunca ou raramente tem dificuldades em esperar pela sua vez, 57% menciona que poucas vezes manifesta esta dificuldade e 29% diz que M. revela esta dificuldade muitas vezes.

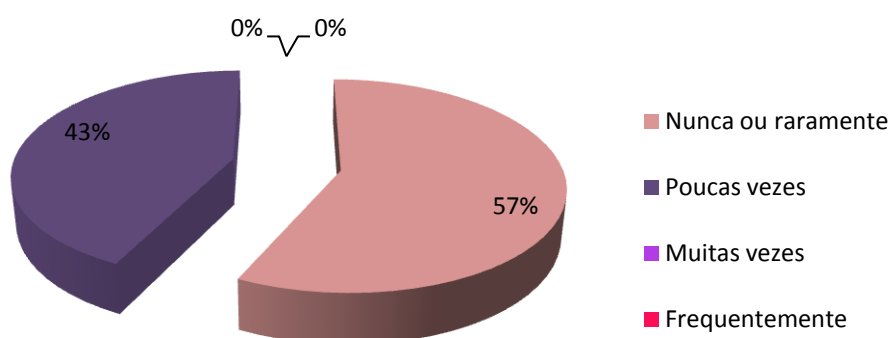


Gráfico 18 - P17: É esquecida nas suas atividades diárias.

57% menciona que M. nunca ou raramente é esquecida nas suas atividades diárias e 43% refere que poucas vezes a aluna manifesta esta característica.

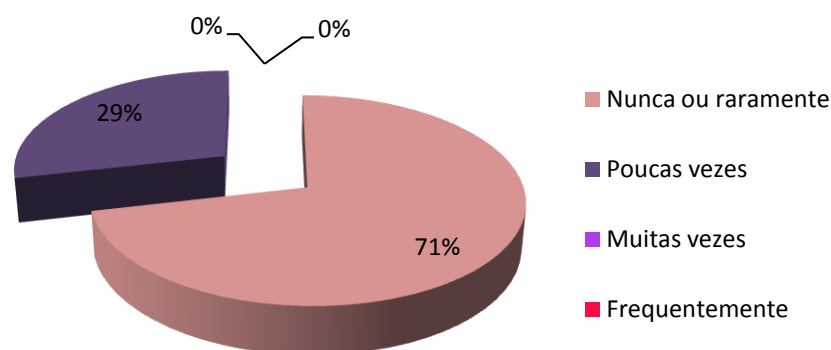


Gráfico 19 - P18: Interrompe ou intromete-se sem autorização.

71% menciona que nunca ou raramente a aluna interrompe ou se intromete sem autorização e 29% refere que poucas vezes ela o faz.

De acordo com os professores, M. tem comportamentos característicos de PHDA. Porém, na maioria das situações a aluna não manifesta estas características muitas vezes ou frequentemente. Aquelas que a aluna mais evidencia estão relacionadas com o facto de falar de mais, distrair-se facilmente e ter dificuldades em esperar pela sua vez, sendo características próprias da impulsividade. De acordo com conversas informais com os professores, a aluna não tem o seu sucesso académico comprometido, uma vez que os resultados da sua aprendizagem são satisfatórios.

Segundo a literatura, é no contexto escolar que as características de PHDA se manifestam com maior incidência, quer em relação à aprendizagem quer em relação à interação social. Segundo os estudos efetuados na área, as crianças com PHDA não dão bem com os seus pares. Esta é uma das áreas em que os problemas das crianças com PHDA são mais evidentes. Mais de 50% apresenta problemas significativos nos seus relacionamentos, sendo descritas como crianças agressivas e abusivas em situações sociais, perturbadoras, dominadoras, inconvenientes e até rejeitadas (Pelham e Bender, 1982, in Lopes, 2003). Para muitas crianças, torna-se complicado e, até, dramático, iniciar e manter relações com os colegas de escola (Guevremont, 1990, in Lopes, 2003).



Estas crianças não mantêm uma relação cooperativa com os outros e muitas delas têm poucos ou nenhuns amigos com quem brincar (Barkley, 2002). Julgámos, assim, pertinente verificar o relacionamento de M. com os seus pares, aplicando o teste sociométrico a todos os colegas da turma para percebermos como interagem os alunos, nomeadamente no que concerne a aceitação destes em relação à aluna.



2 – Teste Sociométrico (Bastin, 1980)

O teste sociométrico consiste em pedir a todos os elementos de um grupo que designem, entre os companheiros, aqueles com quem desejariam encontrar-se numa atividade bem determinada. Através do teste sociométrico podemos obter informações acerca da posição social que um elemento ocupa no grupo (Bastin, 1980).

No caso em estudo, foi pedido aos alunos da turma de M. que mencionassem os colegas que gostariam de encontrar, na mesma turma, no próximo ano letivo, assim como referir aqueles com quem preferiam não se encontrar. Para esse efeito, foi pedido a todos os elementos da turma que preenchessem o teste sociométrico para percebermos como é que a aluna vê os colegas da turma e vice-versa e podermos aferir qual a posição social que a aluna ocupa neste grupo.

2.1 – Apresentação dos resultados

No gráfico seguinte, podemos ter uma perspetiva da turma, no que concerne as preferências dos alunos da turma em relação aos seus colegas e, acima de tudo, relativamente à criança M. Assim, poderemos verificar se, no cômputo geral, a criança é bem aceite ou não pelos colegas e, desta forma, verificar se o que está representado no gráfico corresponde ao que é referido na literatura em relação a esta questão.

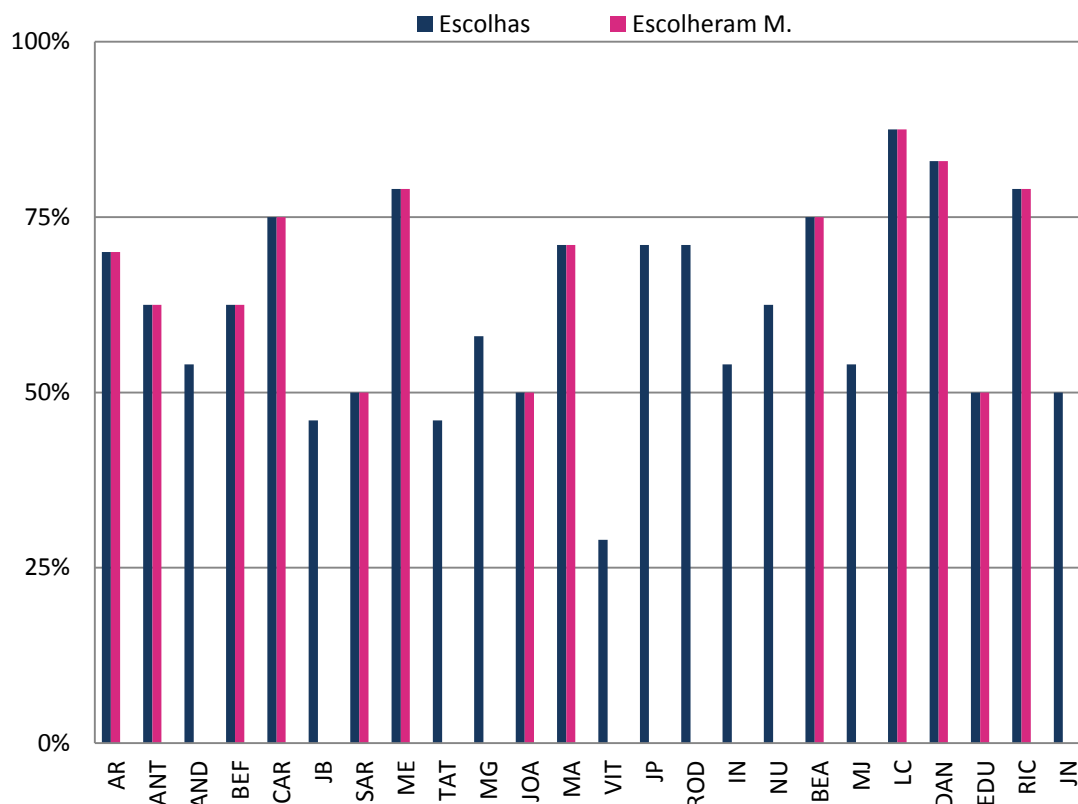


Gráfico 20 – Preferências dos alunos da turma em relação aos colegas ■ e em relação a M ■.

De acordo com o gráfico, os alunos desta turma têm preferência pela maioria dos seus colegas. Estes dados evidenciam que mais de 50% dos alunos da turma tem preferências por M. Estes colegas gostariam de encontrar a aluna na mesma turma no próximo ano letivo.

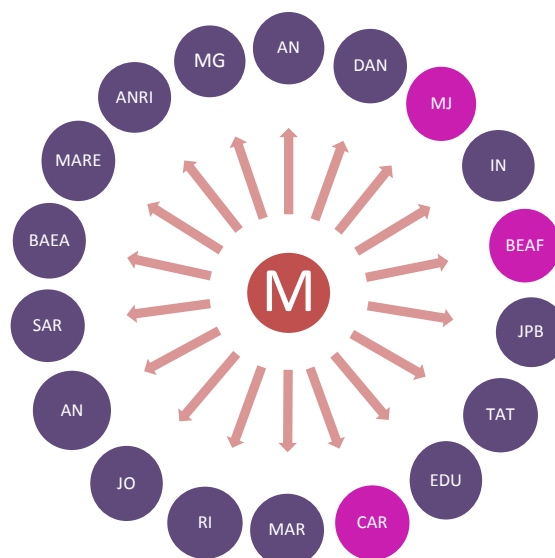


Gráfico 21 - Preferências de M.

Os dados evidenciam que a aluna gostaria de encontrar mais de 50% dos seus colegas na mesma turma no próximo ano letivo. M. tem preferência por 18 colegas, porém decidimos evidenciar as três primeiras escolhas com cor diferente.

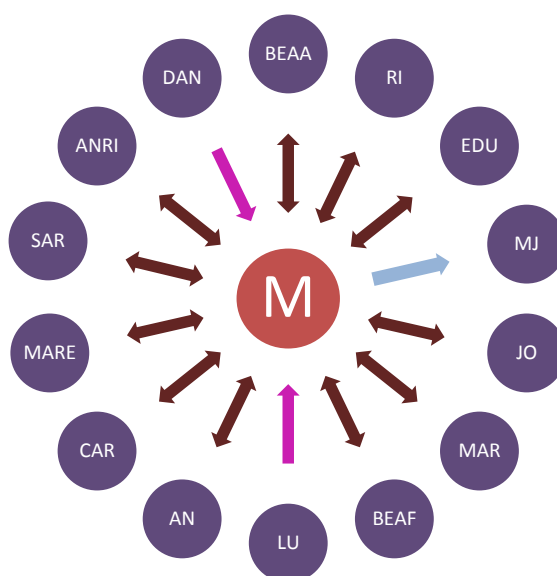





Gráfico 22 - Preferências a M .  , preferências mútuas  e preferências de M. não correspondidas  .

Estes dados demonstram que 54% dos alunos da turma tem preferência por M. e evidenciam que há 45,8% de preferências mútuas, enquanto 4% não corresponde à preferência de M.

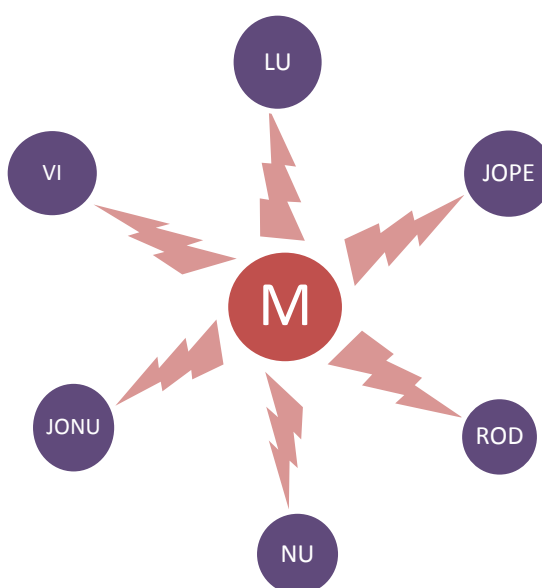


Gráfico 23 - Rejeições de M.

Em relação às rejeições de M., os dados evidenciam que a aluna rejeita 25% dos colegas da turma, não os desejando encontrar na mesma turma no próximo ano letivo.

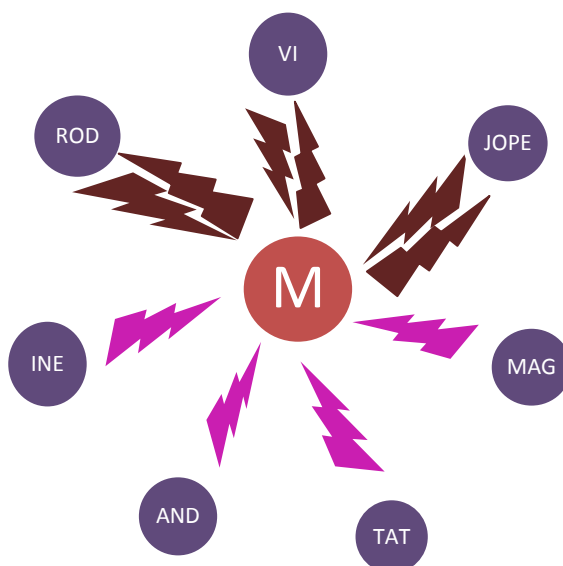


Gráfico 24 - Rejeições a M. e rejeições mútuas

Este gráfico demonstra que 29% dos colegas da turma manifestam rejeição a M. e evidenciam que há 12,5% de rejeições mútuas.



3 – Discussão de resultados

Após a apresentação dos resultados, proceder-se-á à sua análise, procurando fazer a sua articulação com o que está contemplado na literatura desta área de estudo.

De acordo com a opinião dos pais, a criança evidencia todos os comportamentos característicos de PHDA, nomeadamente a dificuldade que demonstra em esperar pela sua vez, a distração, falta de atenção, o falar de mais, responder antecipadamente, ser esquecida e evitar tarefas que exijam um esforço mental prolongado. A literatura da área refere que para a falta de atenção tem de contemplar, pelo menos, três dos sintomas que a criança apresenta. Também está referido na literatura que as crianças com PHDA apresentam grandes dificuldades em conter as suas respostas, face a determinada situação, e em pensar antes de agir (Falardeau, 1999). Fazem comentários inoportunos e interrompem a sequência do discurso dos outros, dando respostas de forma impulsiva, sem controlo emocional (Barkley, 2002). Em conversas informais, os pais referiram que M. revela um comportamento de oposição em relação a estes, discutindo quando algo não lhe agrada, desafiando as regras impostas, afrontando-os com uma certa frequência. Perde a paciência e aborrece-se com uma certa facilidade. A literatura aponta estes comportamentos como indicadores de reação de oposição/provocação, em que 65% dos casos de crianças com PHDA revela esta conduta.

Na escola, 86% dos professores aponta para a dificuldade que a aluna tem em manter a atenção desejada nos trabalhos escolares, 29% refere que a aluna fala de mais, 43% afirma que a aluna se distrai com muita facilidade e 29% aponta para a dificuldade que a aluna revela em esperar pela sua vez, sendo estes os comportamentos mais evidenciados pela aluna. Contudo, estes comportamentos inerentes à PHDA não se revelam nefastos para M., ao ponto de interferir na sua aprendizagem, pois a aluna apresenta resultados académicos satisfatórios. Esta realidade contraria o que está contemplado na literatura que refere que há uma grande predisposição por parte destas crianças para níveis de realização académica baixos e muito inferiores às suas capacidades (Barkley, 1990; Barkley et al., 1991; Weiss & Hechtamn, 1993, in Lopes, 2003) sendo que cerca de 80% destas crianças apresenta problema de aprendizagem.



As opiniões dos pais e professores de M. são consonantes em relação à dificuldade que a criança manifesta em esperar pela sua vez, falar de mais e distrair-se com facilidade, mas é em casa que M. mais evidencia os comportamentos específicos de PHDA.

Os dados obtidos através do teste sociométrico mostram que a turma, no cômputo geral, demonstra preferências pela maioria dos colegas. Permite-nos, também, verificar que a aluna tem preferência por 75% dos colegas, o que significa que gostaria de encontrar mais de metade destes, na mesma turma, no próximo ano letivo. Por outro lado, 54,1% dos colegas escolheram a M., o que significa que pouco mais de metade da turma gostaria de a encontrar. Destas preferências de M. pelos colegas e vice-versa, podemos constatar que há 87,5% de reciprocidade nas escolhas, o que demonstra que as amizades, na sua maioria, são correspondidas. Em relação às rejeições de M., verificámos que esta prefere não encontrar 25% dos seus colegas, $\frac{1}{4}$ do total. 29% dos colegas prefere não encontrar a M. no próximo ano letivo. Em relação à reciprocidade de rejeições, podemos aferir que há uma grande proximidade de escolhas. Os resultados mostram que a grande maioria da turma aceita e interage com M., não se verificando casos de conflitos grupais. Desta forma, podemos constatar que a capacidade de M. em interagir e relacionar-se com os seus pares não está comprometida. Esta relação que M. tem com os seus pares não retrata o que está referido na literatura, onde se pode ler que estas crianças têm tendência para desenvolver um comportamento antissocial e conflitos grupais (Lopes, 2003) e que, para muitas, torna-se complicado e, até, dramático iniciar e manter relações com os colegas de escola (Guevremont, 1990, in Lopes, 2003).

A análise dos resultados mostra-nos que M. manifesta os comportamentos característicos de PHDA em todos os contextos, porém é em casa que mais os evidencia. Na escola, os seus comportamentos não se revelam prejudiciais no seu rendimento escolar e interação com os seus pares.



4 – INTERVENÇÃO

4.1 – Em casa

Os pais devem ter consciência de que os filhos não têm culpa do comportamento que exibem e que estes são as primeiras vítimas dos mesmos. Stephen R. Covey (Lopes, 2003) apresenta um conjunto de regras a adotar perante o comportamento irrequieto, imaturo e instável destas crianças: *i) Ser proativo*: antecipar o que vai suceder e estar preparado para agir sobre os acontecimentos sem reagir desorientadamente; *ii) Agir com um objetivo estabelecido*: evitar perder tempo e energia com questões menos relevantes; *iii) Pôr as coisas mais importantes em primeiro lugar*: tendo em conta os objetivos principais e mais importantes; *iv) Aprimorar a intervenção*: à medida que se aproxima a fase da adolescência, os pais têm de se especializar na negociação, pois permite que a criança perceba as regras e a necessidade da cedência como competências fundamentais no futuro, *v) Compreender primeiro para depois ser compreendido*: compreendendo as dificuldades do filho, aumentará a capacidade de ser delicado e mostrar respeito por ele, contribuindo para que ele percece os seus esforços parentais; *vi) Promover a sinergia*: desenvolver a cumplicidade entre pais e filhos para alcançar um bem-estar familiar, em que os objetivos dos pais são os objetivos dos filhos; *vii) Renovar-se*: os pais precisam do seu espaço no sentido de renovarem forças para lidar o melhor possível com os filhos, enfrentando de forma mais positiva os desafios da parentalidade.

A criança com PHDA precisa de “*pais atuantes que sabem que errar também é humano [...] É natural que por vezes se perca a cabeça e se faça aquilo que, em circunstâncias normais, não passaria pela cabeça fazer. A solução é [...] perdoar e seguir em frente ancorado(a) na convicção de que o fundamental é alterar o que saiu mal e melhorar o que saiu bem.*” (Barkley, in Lopes, 2003:236).



4.2 – Na escola

No contexto escolar, os professores devem ter conhecimento dos alunos que padecem de PHDA e as formas mais adequadas no desenvolvimento de um trabalho mais profícuo, atendendo aos problemas de aprendizagem associados. *“Os professores terão de ser capazes de estabelecer um plano de ação para estas crianças que seja consistente, prolongado e que, de uma certa forma, esteja sempre ativado.”* (Lopes, 2003).

Martens e Kelly (1993), Sprick e Nolet (1991) Ysseldyke e Christenson (1987, 1988) (Lopes, 2003) sugerem um conjunto de comportamentos proativos do professor no desempenho de um papel preponderante na promoção de comportamentos adequados: *i)* Estipular e relembrar as regras da sala de aula; *ii)* Promover o contacto visual como forma de controlo dos comportamentos e na manutenção do ritmo da aula; *iii)* Transmitir aos alunos quais os comportamentos a adotar antes da realização de uma atividade; *iv)* Circular entre as carteiras, fornecendo um feedback pertinente aos alunos; *v)* Adotar um sistema de sinais para determinar a mudança de atividades e para impedir comportamentos inadequados; *vi)* Adotar um ritmo leve nas aulas; *vii)* Assegurar que as atividades e rotinas são compreendidas pelos alunos; *viii)* Comunicar com clareza e com frequência sobre o decorrer da aula.

Os professores deverão monitorizar os alunos com PHDA de forma a aferirem se estes fazem a aquisição do que é trabalhado nas aulas. Poderão, ainda, posicionar estes alunos próximos da sua secretária, mais perto do quadro, de maneira a deter um controlo dos seus comportamentos e ritmo de trabalho, proporcionando o seu envolvimento nas atividades académicas (Lopes, 2003).



5 - Considerações Finais

Com a realização deste estudo de caso, pretendíamos verificar em que medida a aplicação precoce dos modelos de intervenção em PHDA contribui para a promoção e desenvolvimento da aprendizagem dos alunos com esta perturbação, no 2º ciclo. Este estudo contemplou a observação direta da aluna em contexto escolar e a utilização de instrumentos de avaliação desta perturbação na perspetiva dos pais e professores, com a aplicação da *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*, de George L. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos e Robert Reid (1998) (Lopes, 2003), e na perspetiva dos colegas de turma, através do teste sociométrico (Bastin, 1980).

Após a apresentação e a análise dos resultados do estudo, podemos verificar que a aluna evidencia os comportamentos característicos de PHDA, quer em casa quer na escola. Contudo, é em casa que a aluna mais evidencia estas características ao contrário do que se passa na escola. Os pais identificaram muitas vezes ou frequentemente os comportamentos constantes na escala que preencheram. Já na escola, a maioria dos comportamentos mencionados não foram identificados muitas vezes ou frequentemente pelos professores. No que concerne o teste sociométrico, os dados revelam que a criança interage bem com os colegas da turma, não se verificando situações preocupantes de rejeição ou geradoras de conflitos grupais, sendo uma criança bem aceite dentro do grupo/turma. Segundo a literatura, é na escola que as características de PHDA mais se evidenciam, quer ao nível do desempenho académico quer ao nível das relações sociais. Então, resta-nos perceber quais serão os motivos que levam M. a ter um comportamento na escola que não é comum numa criança com PHDA, pois tem um rendimento escolar satisfatório e é bem aceite dentro da turma, interagindo com esta de forma positiva.

Como referimos anteriormente, a identificação e diagnóstico de PHDA nesta criança foram feitos de forma precoce, recorrendo-se, desde logo, a uma intervenção farmacológica e cognitivo-comportamental com acompanhamento psicológico na instituição Fio de Ariana, no Porto. Este acompanhamento contempla terapias individuais e de grupo, a par de consultas regulares de pedopsiquiatria. Entre 50% a 95% das crianças tratadas com o uso de fármacos revelam melhoria nestas áreas, devido à sua capacidade de aumentar o nível de atividade ou excitação do cérebro, ativando a



área que é responsável pela inibição do comportamento, normalizando a falta de atenção, a impulsividade e os comportamentos inadequados (Barkley, 2002). É recomendado que a medicação, quando indicada pelos especialistas, seja associada a outro tipo de tratamento e não como uma única forma de terapia. Logo, toda a conjugação terapêutica revela-se essencial no controlo dos comportamentos característicos da PHDA e nas suas implicações no rendimento escolar e conduta social, sendo uma criança com comportamentos esperados para a sua idade, dentro e fora da sala de aula.

Sendo a PHDA uma perturbação frequente do comportamento, torna-se cada vez mais importante a sua valorização e diagnóstico, constituindo uma das grandes preocupações por parte dos professores. Fazer uma identificação precoce, proceder a um diagnóstico preciso das diferentes situações associadas e a intervenção eficaz e direcionada são componentes essenciais para a promoção e desenvolvimento da aprendizagem das crianças que padecem desta perturbação.

Julgamos importante perceber que se estas crianças usufruírem de modelos de intervenção adequados, de forma precoce, e de um trabalho diferenciado, estruturado e organizado, revelam evoluções significativas quer ao nível da promoção da aprendizagem quer na vertente comportamental e interação social.

Os especialistas atestam a pertinência de intervenções multimodais que resultam da combinação destas terapias. A medicação tem efeitos rápidos e controla, de forma eficaz, as condutas mais desajustadas e a terapia comportamental favorece a capacidade de realização dos trabalhos escolares, tais como a atenção e hábitos de estudo e de trabalho que se refletem no rendimento escolar.

Na certeza de que muito ficará por dizer, julgamos, porém, que a realização deste trabalho poderá ser importante no sentido em que permitirá apresentar e aflorar o conceito de PHDA e as suas implicações na aprendizagem no 2º ciclo. Podemos perceber que o trabalho com alunos que padecem desta patologia terá de ser pensado e estruturado como forma de rentabilizar a sua aprendizagem e, desta forma, fazer diminuir os “prejuízos” no desempenho académico. Estamos perante crianças que não são malcomportadas, mas sim crianças que não conseguem controlar os seus impulsos motores nem são capazes de manter o grau de atenção desejado.



Bibliografia

AINSCOW, M. (1997). *Educação para todos: torna-la uma realidade*, in M. Ainscow, P., Gordon, & M. Wang., *Caminhos para as escolas inclusivas*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional;

APA, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition) (2002) Washington, DC;

BARKLEY, Russell A. (2002). *Transtorno de déficite de atenção*. Porto Alegre: ARTMED Editora;

BARKLEY, R.A. (2008), *Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed;

BASTIN, Georges (1980). *As técnicas sociométricas*. 2ª edição. Moraes Editores: Lisboa;

BAUTISTA, Rafael (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro;

BELL, Judith (2008). *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa: Ed. Gradiva;

BOGDAN, R; BIKLEN S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora;

BROWN, R.T., Amler, R.W., Freeman, W. S., Perrin, J.M., Stein, M.T., Feldman, H.M., et al. (2009). *Treatment os attention-deficit/Hiperactivity Disorder: overview of evidence*. Pediatrics;

CORREIA, L. M. (2003). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares – Coleção Educação Especial*. Porto: Porto Editora;

CORREIA, L. M. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora;

DAVID & SOSIN (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção*. Porto: Porto Editora;

FALARDEAU, Guy (1999). *As Crianças Hiperativas*. Mem Martins: Edições CETOP;



- FONSECA, Vítor da (1999). *Dificuldades de Aprendizagem*. Âncora Editora;
- GARCÍA, Inmaculada M. (2001). *Hiperatividade*. Amadora: McGraw-Hill;
- LOPES, João A. (2003). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto;
- LOPES, João A. L. (1998). *Distúrbio Hiperativo de Défice de Atenção em contexto e sala de aula*. Braga, Universidade do Minho;
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, *Decreto-Lei n.º 75/2008*, de 22 de abril;
- PARKER, Harvey C. (2003). *Desordem por défice de atenção e Hiperatividade*. Porto: Porto Editora;
- PENNINGTON, Bruce F. (1997). *Diagnóstico de Distúrbios de Aprendizagem*. São Paulo, Editora Pioneira;
- POLAINO-LORENTE, A., & ÁVILA, C. (2004). *Como viver com uma criança hiperativa*. Porto: Edições ASA;
- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, LucVan, (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Ed. Gradiva, 1998;
- RIEF, S. e HEIMBURGE, J. (2000). *Como ensinar todos os alunos na sala de aula inclusiva*. Volume II, Porto: Porto Editora;
- SAFER, D. J.; ALLEN, R. P. (1979). *Niños Hiperactivos. Diagnóstico Y Tratamiento*. Madrid: Santillana;
- SELIKOWITZ, Mark (2010). *Défice de atenção e hiperatividade*. Porto: Texto Editores;
- SIM-SIM, Inês (2005). *Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades da Criança ou da Escola?* Lisboa: Texto Editores;
- SILVA, M. (1997). *Avaliação Intervenção em Crianças com Distúrbio Hiperativo por Défice de Atenção*. Integrar;
- SILVA, V. (2010). *Psicodinâmica*. in M.R. Neto, TDAH ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed;
- SCHWEISER, C. e PREKOP, J. (2001). *Crianças Hiperativas*. Porto: Âmbar;



SOSIN, D., & SOSIN, M. (2006). *Compreender a desordem para défice de atenção e hiperatividade*. Porto: Porto Editora;

TAVARES, J., PEREIRA, A. S., GOMES, A. A., MONTEIRO, S., & GOMES, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora;

VASQUEZ, I. C. (1997). *Hiperatividade: Avaliação e Tratamento – Necessidades educativas Especiais (1ª ed)*. Lisboa: Dinalino.



ANEXOS
